



« Etat des lieux des maîtrises d’ouvrage régionales »

Rapport Final

Novembre 2012

Dernière mise à jour septembre 2013





1 Synthèse

Depuis 2008, différents rapports ont souligné la nécessité de renforcer les maîtrises d'ouvrage en charge de la conduite des projets de système d'information de santé (SIS). Les réflexions se sont succédé et en 2009, l'ASIP Santé porte le projet de déployer les principes de l'Espace Numérique Régional de Santé (ENRS) pour promouvoir un SI de Santé cohérent et performant :

- Pérenniser les maîtrises d'ouvrage grâce à des ressources financières adéquates et stables, un statut juridique et des compétences adaptés ;
- Piloter la politique régionale des SIS sous l'autorité de l'ARS ;
- Fédérer les acteurs de santé ;
- Respecter les conditions de l'interopérabilité et les référentiels nationaux.

Afin d'accélérer leur mise en œuvre, elle lance le programme Emergence qui accompagne les acteurs des régions dans la mise en place ou la consolidation d'une structure de maîtrise d'ouvrage des SIS.

Plusieurs années après la publication des rapports, en s'appuyant sur un prestataire externe (le groupement KPMG-BearingPoint), l'ASIP Santé a souhaité réaliser une photographie avant / après afin d'adresser les questions suivantes :

- De quelle capacité de maîtrise d'ouvrage des SI partagés de santé dispose-t-on dans les régions ?
- A-t-on constaté un renforcement de cette capacité et si oui, quels en sont les facteurs explicatifs ?
- Quelles sont les conditions de pérennisation de cette capacité ?

Elle a également voulu tirer les enseignements de son appui aux MOAR dans la perspective du développement des usages d'e-santé afin d'orienter son action future.

L'analyse s'est déroulée de juillet à octobre inclus et a impliqué un large panel d'acteurs : les 26 ARS et MOAR existantes ou en cours de création ont été interrogées ainsi que des acteurs membres des assemblées générales des MOAR.

Les données quantitatives et qualitatives ont donné lieu à l'élaboration de 24 monographies descriptives des MOAR (toutes les régions sauf Guyane et Guadeloupe), qui font l'objet d'un livrable spécifique. Les grilles recueillant les données ont été fournies début octobre 2012 à la Cour des Comptes à sa demande.

A l'issue de l'étude, les résultats de l'analyse sont les suivants :

- Toutes les régions qui ont créé une MOAR se sont dotées d'un statut juridique (GCS de moyens de droit privé), de compétences et d'un budget qui leur permettent de démarrer leurs projets ;
- Les budgets et les effectifs ont doublé sous l'impulsion de l'ASIP Santé et des ARS ;
  - Entre 2009 et 2011, le nombre moyen d'adhérents au sein des MOAR a augmenté de 70%, passant de 37 à 63 ;
  - Les effectifs des MOAR ont plus que doublé en 3 ans passant de 110 à 255 ETP ;

  - Le budget des MOAR a doublé entre 2009 et 2011 et est estimé à 48,7 M€.

- Les ARS sont devenues les véritables pilotes de la stratégie d'e-santé en région et leur influence est autant due au financement des projets et fonctionnement des MOAR (50% environ), que de leur intervention plus ou moins directe sur la définition de la feuille de route des MOAR, et de la nomination des deux acteurs clés, l'administrateur et le directeur du GCS ;

- Les MOAR se sont fortement professionnalisées mais ne rassemblent pas toutes les expertises SI et métier permettant de déployer l'ensemble des projets et d'accompagner les usages au cœur des bassins de santé ;

- Le portefeuille projets est le fruit d'une stratégie d'e-santé qui mixe projets à impulsion nationale (principalement ASIP Santé) et projets régionaux et qui reflète aussi la gestion politique des équilibres régionaux. Entre 2009 et 2011, la taille moyenne du portefeuille de projets a augmenté de 63%. La plupart de ces projets viennent de démarrer.

- Au vu de l'inflation du nombre de projets pour répondre aux attentes des différentes parties prenantes, il est raisonnable d'émettre des doutes sur la capacité des MOAR à mettre en œuvre selon leurs engagements le portefeuille de projets et à développer systématiquement des usages sur le terrain.

Aujourd'hui, les ARS expriment des attentes très fortes de clarté sur les orientations des politiques publiques et sur le mode d'emploi de leur mise en œuvre. En effet, après la période d'initialisation qui a permis de bâtir un cadre, d'affiner les principes, de lancer les grands programmes nationaux et d'amplifier la dynamique régionale, une deuxième période s'ouvre qui doit donner un nouvel élan à la politique d'e-santé et permettre sa déclinaison opérationnelle dans un contexte propre à chaque région.

Il s'agit d'organiser la convergence en proposant un mode d'emploi qui aide de manière concrète les régions à définir une trajectoire vers la cible définie régionalement en cohérence avec la politique nationale.

Répondre à ce nouvel enjeu suppose pour les ARS et les MOAR :

- Une plus grande cohérence des politiques publiques et des actions des acteurs qui ménagent autonomie régionale et cadre national ;

- Une action déterminée pour sécuriser le risque portant sur les ressources (en quantité et en compétences) en particulier grâce à la mutualisation, à un appui et à l'animation du réseau des fonctions CMSI des ARS et du réseau des MOAR ;

- Une visibilité permanente et une continuité dans les projets les plus structurants (DMP, messagerie sécurisée, RASS, ROR, SI des Urgences, notamment) ;

- Des modes d'emplois très concrets sur les trajectoires de convergence ;

- Un affichage de financements stables qui permettent de mener ces projets qui s'inscrivent dans un temps relativement long car c'est le temps des transformations des pratiques de soins.

Ce sont les conditions du nouvel élan à donner à la politique insufflée depuis 2009, souhaité par les acteurs interrogés par l'étude.





2 Introduction

2.1 2008 – 2009 : Le constat partagé de la nécessité de renforcer la capacité de maîtrise d'ouvrage en région

En **avril 2008**, la nécessité de **mise en place d'une capacité de maîtrise d'ouvrage adéquate en région est soulignée par la mission de relance du DMP** dans son rapport « *Pour un dossier patient virtuel et partagé et une stratégie nationale des systèmes d'information de santé* [1]». Elle observe que :

« Partout où des projets de partage de l'information médicale ont pu voir le jour, une structure de maîtrise d'ouvrage partenariale et dynamique a pu être mise en place. La forme et les moteurs des groupements de maîtrise d'ouvrage ainsi constitués varient d'ailleurs d'une région à l'autre. En fonction du contexte local, les acteurs que sont l'ARH, l'UNCAM, le CHU, les libéraux, les réseaux,… ont joué un rôle différent. Mais ce n'est que lorsque les acteurs ont pu se fédérer autour d'un noyau initial coopératif que les projets ont pu démarrer ».

Depuis 2008, différents rapports ont souligné la nécessité de renforcer les maîtrises d'ouvrage en charge de la conduite des projets de Système d'Information de Santé (SIS).

En 2008, le programme de relance des SI dresse ainsi quatre constats à partir de l'analyse des expériences régionales « *en cours d'éclosion ou de développement :*

- Il n'y a pas de modèle unique de structure de « maîtrise d'ouvrage territoriale », mais elle doit être partenariale, et associer la ville, l'hôpital et les réseaux ;
- Elle doit reposer sur la distinction entre les fonctions d'orientation et de décision, les fonctions de maîtrise d'ouvrage opérationnelle et les fonctions de maîtrise d'œuvre ;
- Les groupements de maîtrise d'ouvrage ont été dotés de moyens leur permettant de s'organiser, de s'équiper, de recruter, et travaillent en coopération avec les industriels ;
- Les représentants des patients ont été dès le départ étroitement associés à la mise en place et au suivi du projet ».

Puis, le bilan détaillé des « plates-formes régionales de services » existantes (rapport *« Etat des lieux des plates-formes de services et perspectives »*, mai 2009) dessine les contours d'une nouvelle organisation de la maîtrise d'ouvrage régionale des SI de santé. Avec ces plate-formes, les régions franchissent une première étape dans la fédération des énergies et dans la mutualisation des moyens (portails et outils communs) et des infrastructures. Les projets de plate-forme menés en région ont ainsi pour objectif de fédérer différents projets de SI de santé dans un contexte marqué par :

- La multiplication des mesures prises à l'échelon national en application des plans de santé ;
- La régionalisation de leur mise en œuvre.

[1] *GAGNEUX, Michel, « Pour un dossier patient virtuel et partagé et une stratégie nationale des systèmes d'information de santé » rapport de la mission de relance du DMP à la demande de Madame la ministre de la santé et des sports, avril 2008*




Les plate-formes régionales de services : un premier pas vers la fédération des acteurs de santé autour de projets communs de SIS.

Ces plateformes constituent le socle d'une maîtrise d'ouvrage dans chaque région à qui il est confié des missions en matière de déploiement et d'accompagnement de systèmes d'information de santé. Cette première structuration de maîtrise d'ouvrage au niveau des régions s'inscrit dans un cadre plus global de développement de coopérations entre les acteurs du système de santé en cohérence avec les SROS.

Le rapport note ainsi *« l'importance cruciale des facteurs politiques et organisationnels qui président à la mise en place des projets et à la constitution des modes de gouvernance, adaptés à l'enjeu du partage de l'information de santé (principalement le décloisonnement ville-hôpital) ».*

Ces maîtrises d'ouvrage font néanmoins rapidement état de leurs préoccupations concernant leurs moyens humains et financiers et rencontrent des difficultés d'ordre technique (interopérabilité de l'existant). En conséquence, elles peinent à déployer leurs solutions sur le terrain et à développer les usages.

Les conditions de mise en œuvre de l'ENRS pour promouvoir un SI de Santé cohérent et performant :

- **Pérenniser les maîtrises d'ouvrage grâce à des ressources financières adéquates et stables, un statut juridique et des compétences adaptés**
- **Piloter la politique régionale des SIS sous l'autorité de l'ARS**
- **Fédérer les acteurs de santé**
- **Respecter les conditions de l'interopérabilité et les référentiels nationaux.**

Dans le même calendrier que l'analyse des plateformes régionales, le rapport « *Refonder la gouvernance de la politique d'informatisation du système de santé* »[2] recommande de créer dans chaque région des structures de maîtrise d'ouvrage partenariales : chaque région doit « *se dote[r], sous l'autorité de l'agence régionale de santé, d'une structure de maîtrise d'ouvrage montée en partenariat avec l'ensemble des acteurs (assurance maladie, établissements de santé, unions régionales des médecins libéraux, collectivités territoriales le cas échéant). Ces structures devront être dotées de tous les atouts d'une maîtrise d'ouvrage performante :*

*Un **statut juridique** (groupement d'intérêt économique, groupement de coopération sanitaire …) permettant l'implication effective de structures privées et publiques et une capacité d'action appropriée (souplesse, autonomie, stabilité des moyens budgétaires, compétences et ressources humaines…) ;*

*Une **structure de gouvernance** associant tous les acteurs ;*

*Des **équipes disposant de l'expertise** (compétences en management de projet, connaissance des problématiques « métier », maîtrise des fonctions juridiques ou d'achats, etc.) et de l'autonomie d'action appropriées ;*

Un budget adéquat et un financement stable ».

Il s'agit désormais de soutenir et d'étendre la mobilisation régionale tout en donnant une cohérence d'ensemble, permettant aux acteurs de s'inscrire dans un « chemin de convergence ». Il est ainsi souligné : « *seul un renforcement des maîtrises d'ouvrages régionales autour de missions claires et en cohérence avec les actions nationales autorisera un développement significatif des TIC dans le secteur de la santé* ».

C'est dans ce contexte que se précise **le concept d'Espace Numérique Régional de Santé** (ENRS) promu par le programme de relance du DMP et des systèmes d'information partagés (*Programme de relance du DMP - Orientations stratégiques Juillet 2009 - actualisé après concertation*), qui se définit comme un espace de services dématérialisés, porté institutionnellement par l'ARS, respectueux du cadre d'interopérabilité et des référentiels nationaux, notamment ceux promus par l'ASIP Santé, répondant aux besoins régionaux de santé et piloté par une maîtrise d'ouvrage régionale.

[2] *GAGNEUX, Michel, Refonder la gouvernance de la politique d'informatisation du système de santé, Rapport à Madame la ministre de la Santé et des Sports, 3 mai 2009*




2.2 2012 : L'opportunité d'analyser le chemin parcouru

Plusieurs années après la publication des rapports promouvant les maîtrises d'ouvrage régionales, qu'en est-il réellement :

- **De quelle capacité de maîtrise d'ouvrage des SI partagés de santé dispose-t-on dans les régions ?**
- **A-t-on constaté un renforcement de cette capacité et si oui, quels en sont les facteurs explicatifs ?**
- **Quelles sont les conditions de pérennisation de cette capacité ?**

Plusieurs années après la publication des rapports sur la nécessité de structurer / renforcer la capacité de maîtrise d'ouvrage (MOAR) en région, le temps est venu de réaliser une photographie avant / après en adressant les questions suivantes :

- De quelle capacité de maîtrise d'ouvrage des SI partagés de santé dispose-t-on dans les régions ?
- A-t-on constaté un renforcement de cette capacité et si oui, quels en sont les facteurs explicatifs ?
- Quelles sont les conditions de pérennisation de cette capacité ?

L'ASIP Santé souhaite également tirer les enseignements de son appui aux MOAR dans la perspective du développement des usages d'e-santé. Cette analyse devrait permettre d'orienter son action future.

2.3 Une méthodologie fondée sur 3 principes directeurs

La **méthodologie** utilisée pour dresser l'état des lieux des MOAR a reposé sur **trois principes directeurs** :

- Analyse de l'ensemble des MOAR. Pour les régions ne disposant pas encore d'une MOAR, les ARS ont été interviewées afin de recueillir leur vision d'une future MOAR ;
- Analyse qualitative adossée à une analyse quantitative pour mieux objectiver la situation existante ;
- Regards croisés sur la situation de la MOAR par les acteurs concernés :
  - Représentants de la MOAR ;
  - ARS ;
  - Partenaires / « clients »/utilisateurs des services de la MOAR.

Les analyses quantitatives ont ainsi portées sur les **21 MOAR déjà constituées**, quatre régions n'en étant pas encore dotées sur la période d'analyse (2009 et 2011) :

- Guyane et Guadeloupe,
- Languedoc-Roussillon (arrêté d'approbation de création de la convention constitutive du GCS « e-santé LR » de septembre 2012), et Nord Pas-de-Calais (arrêté d'approbation de la convention constitutive du GCS « MATISS » d'octobre 2012),

La MOAR Corse dont l'objet du GCS porte uniquement sur des projets mutualisés intra-hospitaliers n'est pas à ce jour considérée comme une véritable maîtrise d'ouvrage régionale.

23 questionnaires mesurant le niveau de confiance entre MOAR et ARS ont été renseignés par les ARS (les ARS Corse et Nord-Pas-de-Calais ayant souhaité y répondre).

La méthodologie s'est organisée en trois phases :

- Une première phase de cadrage qui a permis de valider les objectifs de l'étude et l'approche méthodologique au travers d'une expérimentation sur 3 régions pilotes ;
- Une seconde phase qui avait pour objet de dresser un état des lieux de l'ensemble des MOAR au travers :
- D'une analyse qualitative





Une méthodologie reposant sur une analyse qualitative et quantitative.

  - o Des informations ont été collectées lors des entretiens avec les MOAR, les ARS et les clients / partenaires des MOAR. Un guide d'entretien structuré a été élaboré afin de s'assurer d'un recueil homogène d'information entre les régions ;
  - o La documentation fournie par l'ASIP Santé a été analysée.

- D'une analyse quantitative
  - o Une grille de collecte d'informations au format Excel a été adressée aux MOAR (jointe en annexe de ce document). Cette grille comprenait plusieurs axes : carte d'identité de la MOAR (caractéristiques, gouvernance, moyens humains et financiers), description du portefeuille de projets (en 2009 et en 2011), suivi financier des projets (en 2009 et en 2011), leviers et risques ;
  - o Un questionnaire adressé aux ARS afin d'évaluer la relation de l'ARS vis-à-vis de sa MOAR (joint en annexe de ce document).

- Une troisième phase de consolidation et de mise en perspective des informations collectées pour en tirer des enseignements.

Une consultation d'un large panel d'acteurs représentant les ARS, les administrateurs et directeurs des maîtrises d'ouvrage et leurs membres.

Un recueil des données quantitatives qui a été mis à la disposition de la Cour des Comptes à sa demande.

A l'issue de cet état des lieux, sur la période juillet-octobre 2012 :

- 106 personnes ont été interviewées ;
- 21 grilles ont été complétées par les MOAR (à noter que les 21 MOAR n'ont pas forcément complété l'ensemble des items des grilles) ;
- 23 ARS ont renseigné le questionnaire permettant d'évaluer le niveau de confiance entre ARS et MOAR ;
- Les données quantitatives et qualitatives ont donné lieu à l'élaboration de 24 monographies descriptives des MOAR (toutes les régions sauf Guyane et Guadeloupe).

Concomitamment à la réalisation de l'étude, la Cour des Comptes a souhaité disposer de données consolidées relatives aux MOAR. L'ASIP Santé a proposé d'intégrer cette requête à la présente étude. Les grilles renseignées par les MOAR ont été consolidées et remises à la Cour des Comptes début octobre 2012.





3 Etat des lieux des Maîtrises d'Ouvrage Régionales (MOAR)

3.1 La structuration progressive et homogène des MOAR autour du statut de GCS de droit privé

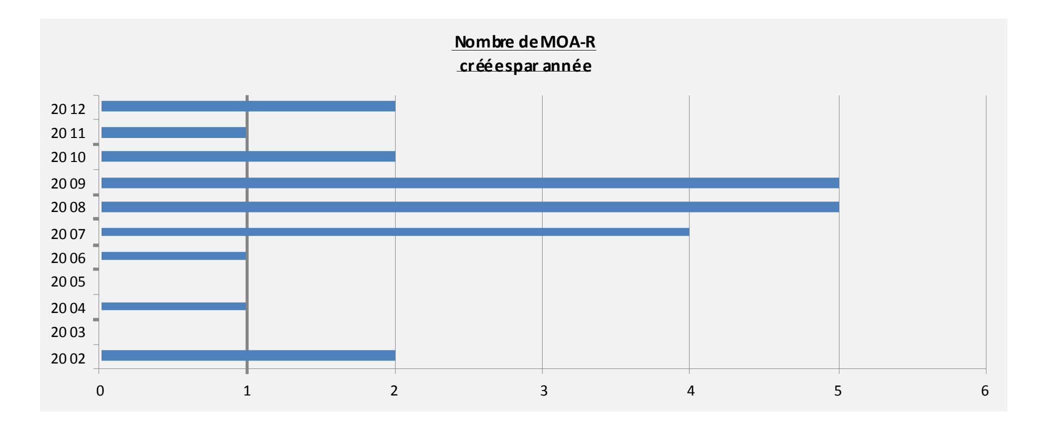
3.1.1 Une structuration sous l'impulsion des ARH puis des ARS

Depuis 2007, la structuration progressive de capacité de maîtrise d'ouvrage dédiée aux SI de santé en région est observable et la quasi totalité **des régions disposent à ce jour d'une maîtrise d'ouvrage régionale**[3].

Certaines régions avaient créé des structures dès 1998 comme la région Midi-Pyrénées (GIP créé en 1998, non visible sur le graphique ci-dessous). La création de la MOAR de la région Nord-Pas-de-Calais et de la région Languedoc-Roussillon était a contrario en cours au moment de l'enquête. La Corse se singularise par une structure dédiée à des projets intra-hospitaliers. La Guyane et la Guadeloupe n'ont pas créé à date de structure de ce type.

2012 : désormais 23 structures de maîtrise d'ouvrage ont été créées pour gérer les SIS en région (MOAR).

Ces dernières ont néanmoins engagé des réflexions et souhaitent capitaliser sur les savoir-faire acquis par les régions plus avancées qu'elles sur le sujet.



Les années 2007 à 2009 ont constitué des temps forts pour la création de structures de maîtrise d'ouvrage ayant pour mission de prendre en charge des projets d'e-santé. La structure créée, il reste à organiser une gouvernance adéquate afin de lui donner la capacité de répondre à de nouveaux enjeux.

Si la création de la MOAR des SIS est aujourd'hui un trait commun de la grande majorité des régions, l'historique de leur création est variable d'une région à l'autre et cette histoire va marquer la manière et la capacité des MOAR à mener leurs missions.

7 sur 21 maîtrises d'ouvrage régionales[4] ont été créées à partir de structures préexistantes qui, dans ces régions traitaient principalement :

[3] Au moment de l'étude 21 régions disposaient d'une MOAR « opérationnelles » : Alsace, Aquitaine, Auvergne, Bourgogne, Bretagne, Centre, Champagne Ardenne, Franche-Comté, Ile-de-France, Limousin, Lorraine, Martinique, Midi-Pyrénées, Basse-Normandie, Haute-Normandie, Pays de Loire, Picardie, Poitou-Charentes, Provence-Alpes-Côte d'Azur, La Réunion, Rhône-Alpes.

En novembre 2012, seules la Guadeloupe, la Corse et la Guyane ne disposent pas de MOAR des SI.

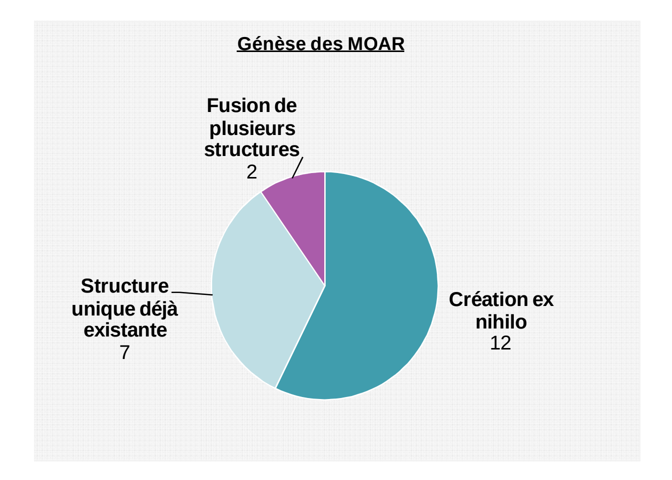
[4] C'est également le cas des MOA des régions Languedoc-Roussillon et Nord-Pas-de-Calais créées en 2012




- D'infrastructures techniques réseau, portail, messagerie sécurisée… Ce sont notamment des régions qui étaient impliquées dans des projets de plate-forme régionale ;
- De l'expérimentation régionale et des premiers déploiements du DMP.

L'historique des MOAR est variable : les plus anciennes, créées dès 2002, ont géré des réalisations techniques puis les expérimentations du DMP.

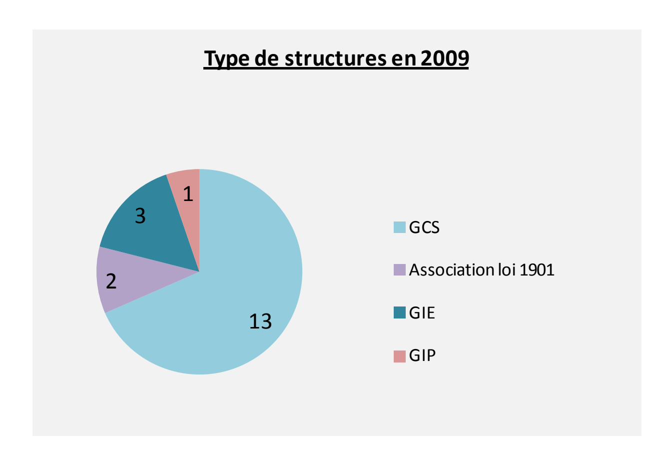
Cette histoire va marquer la manière avec laquelle elles vont mener leurs missions et s'adapter aux orientations nationales et régionales.



3.1.2 Le choix majoritaire du statut de GCS de moyens de droit privé

Pour asseoir leurs structures, les acteurs en région ont opté pour un statut juridique leur permettant l'implication de structures privées et publiques et de disposer d'une capacité d'action appropriée : souplesse, autonomie, stabilité des moyens budgétaires, compétences et ressources humaines.

En 2012, toutes les structures régionales ont opté pour le statut de GCS. La majorité d'entre elles ont de plus choisi le statut de GCS de moyens de droit privé, en faisant ainsi le standard de fait.



En 2011, la tendance entamée en 2009 s'est confirmée puisque toutes les MOAR ont opté pour le statut de GCS. Par ailleurs, complétant l'homogénéité du contexte juridique, les structures régionales ont opté massivement pour le choix d'un GCS de moyens **de droit privé**[5], statut qui devient de fait le « standard » ; seules trois d'entre elles conservent le statut de GCS de droit public[6].

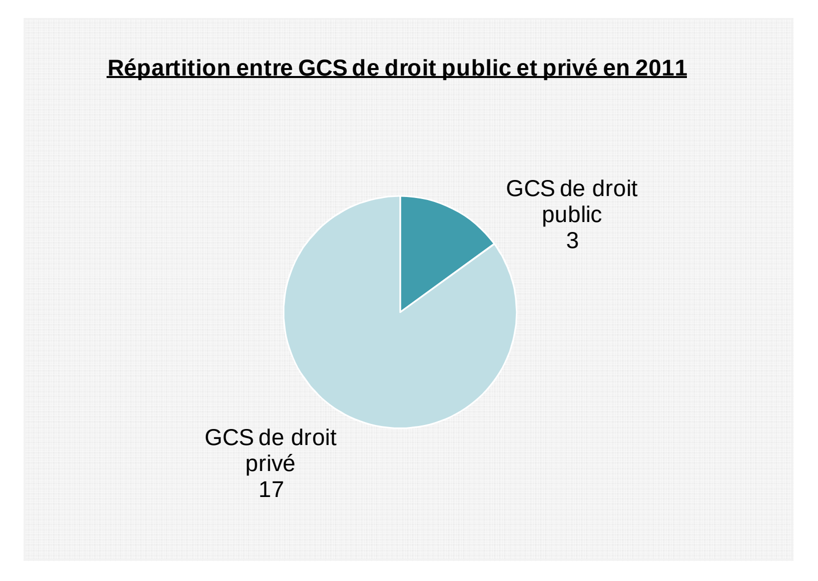
[5] En 2011, Il restait un GIE (Océan Indien) devenu GCS en 2012.

[6] En 2012, les trois MOAR en statut GCS de droit public sont : l'Alsace, la Basse-Normandie et le Centre.





Cette prévalence s'inscrit dans un contexte national perçu de promotion de ce statut, malgré les difficultés inhérentes en matière de prise de décision et de fiscalité.



Ce choix n'est pas uniquement issu d'une réflexion sur les impacts juridiques et fiscaux. Les MOAR affirment à travers ce choix qu'elles ont vocation à adresser les besoins de l'ensemble des acteurs du domaine de la santé. En effet, sous l'impulsion des ARH, les MOAR adressaient historiquement les besoins des hôpitaux publics.

Les MOAR affirment à travers le choix du GCS de moyens de droit privé qu'elles ont vocation à adresser les besoins de l'ensemble des acteurs de la santé et du médico-social, publics comme privés, exerçant en libéral comme en établissement.

La structure MOAR porte ainsi l'ambition de transversalité des ARS marquant une rupture avec l'hospitalo-centrisme qui prévalait.

Il s'agissait donc de marquer une rupture cohérente avec la politique de santé portée par les ARS et ainsi de rassurer les structures privées et les professionnels de santé libéraux afin qu'ils participent à la conduite de projets SIS.

S'ajoute avec la création des ARS, la volonté de promouvoir la transversalité entre structures sanitaires, professionnels libéraux exerçant en cabinet de ville et structures médico-sociales.

3.1.3 Un choix qui pose néanmoins question

La loi HPST, l'exemplarité des premières régions et la volonté de fédérer l'ensemble des acteurs de santé quel que soit leur statut autour d'objectifs communs, ont ainsi orienté le choix des régions vers le GCS de moyens de droit privé. Cependant, l'expérience faisant, tant les maîtrises d'ouvrage régionales que les ARS sont conscientes des limites de ce choix sans pour autant le remettre en cause :

- **En premier lieu, le GCS est au service exclusif de ses adhérents.** Par essence, il n'est donc pas un outil destiné à mettre en œuvre une politique régionale de santé qui, elle, doit s'adresser à la totalité des acteurs de la région. Ce statut est donc en contradiction avec la mission confiée par l'ARS à la MOAR, de constituer le relai de mise en œuvre des projets régionaux d'e-santé. La MOAR intègre cette contradiction en s'adaptant aux contextes locaux ;





Le GCS de moyens de droit privé, outil juridique familier de l'écosystème santé permet aux MOAR de :

- **fédérer la diversité des acteurs**
- **prendre en charge opérationnellement les projets.**

Néanmoins, dédié au service de ses membres, ce statut est en contradiction avec l'objet d'une politique publique s'adressant à tous par essence.

Un accroissement continu du nombre des membres représentant l'écosystème santé est observé.

Ceci alourdit et complexifie progressivement la gouvernance.

- Concilier le statut de GCS (fonctionnant au service de ses membres) et l'objectif de l'ARS d'en faire un outil « porteur de la politique publique pour tous les acteurs de santé » induit **une augmentation progressive du nombre des membres directement impliqués ou représentés** via leurs associations et unions professionnelles (URPS) au sein du GCS. La structuration progressive des MOAR sous le pilotage stratégique des ARS est ainsi allée de concert avec un élargissement du nombre et de la typologie des adhérents. De ce fait, l'outil GCS devient plus délicat à manipuler, particulièrement dans les grandes régions. Pour résoudre ce problème, plusieurs solutions sont adoptées :
  - En interne à la MOAR : la multiplication des collèges (collèges établissements sanitaires, collèges médecins, etc.) et la mise en place de comités restreints ;
  - Dans la gouvernance externe, la représentation indirecte via les fédérations au sein des instances stratégiques régionales qui se mettent en place dans la plupart des régions. L'une de leur vocation est de décider des orientations en matière de SI et ainsi de définir l'essentiel de la feuille de route qui sera confiée au GCS. Dans ces instances externes à la MOAR, les acteurs de santé, membres ou non des GCS, sont représentés par les différentes fédérations des établissements, syndicats ou unions professionnelles (URPS).

Cette situation comporte un risque souligné par les ARS et MOAR :

- L'absorption d'une grande énergie des membres, des administrateurs et de l'ARS pour animer et participer aux multiples instances. Certaines ARS et MOAR (administrateur, directeur du GCS) sont ainsi depuis la création du GCS occupées à résoudre des problèmes politiques pour faire fonctionner ces instances (droit de vote, modes de représentation, contributions financières) **dans le respect des équilibres régionaux parfois délicats. En effet, ce temps politique et institutionnel est un élément constitutif essentiel de la bonne marche de ce type de structure**. Or, il n'a pas toujours été intégré comme tel. Cette séquence importe autant que le temps consacré à la mise en œuvre concrète des projets et au développement des usages ;

- La mise en place d'une représentation indirecte par le biais notamment des fédérations afin de limiter le nombre de membres comme l'envisagent déjà certaines régions. Cette solution est jugée toutefois non pertinente par la DGOS dans une fiche technique de juillet 2011[7].

En synthèse

Sans être idéale, la création généralisée du véhicule juridique GCS de moyens de droit privé a permis aux MOAR de se constituer en fédérant une pluralité d'acteurs régionaux et de disposer d'un outil leur permettant de prendre en charge des projets régionaux en impliquant les acteurs à plusieurs niveaux (stratégique et opérationnel).

L'expérience permettra sans doute d'affiner les instances de gouvernance (internes, externes) afin de renforcer l'efficacité du fonctionnement.

[7] *Direction Générale de l'Offre de Soins, « le groupement de coopération sanitaire et les systèmes d'information » - Questions / réponses – 07/2011.*

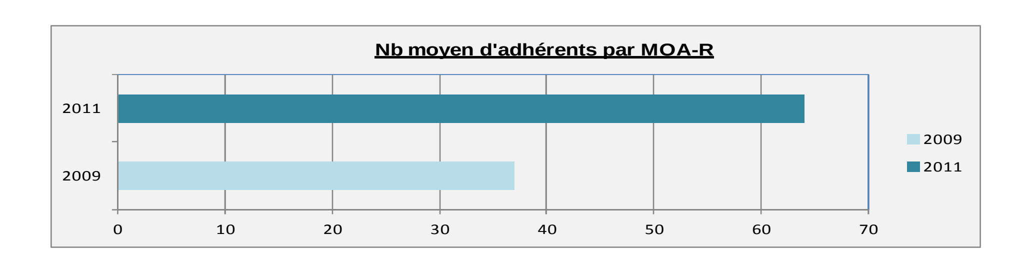



3.2 L'augmentation et la diversification des membres des MOAR

3.2.1 Une ouverture rapide à de nouveaux membres

La structuration progressive des MOAR va de pair avec une **augmentation et une diversification des adhérents**.

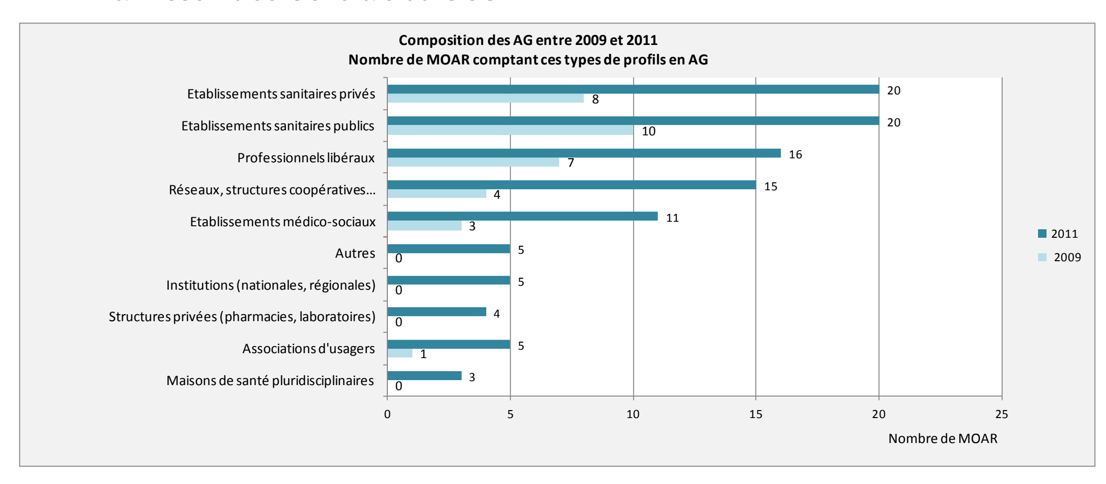
Entre 2009 et 2011, le nombre moyen d'adhérents au sein des MOAR a augmenté de 70%, passant de 37 à 63.



Entre 2009 et 2011, le nombre moyen d'adhérents au sein des MOAR a augmenté de 70%, passant de 37 à 63.

Comme souligné supra, les maîtrises d'ouvrage régionales s'ouvrent progressivement au monde libéral, aux réseaux et au monde médico-social comme le révèle l'analyse détaillée de la composition des AG au fil des années.

Conséquence de cette évolution, le **nombre d'adhérents augmente de manière significative pour toutes les typologies d'acteurs** comme en témoigne le graphique ci-dessous représentant la typologie des acteurs présents à l'Assemblée Générale du GCS[8] :



Passant de l'impulsion donnée par les ARH à celles des ARS, cette ouverture suit la chronologie suivante :

- Une **première étape** orientée vers les acteurs sanitaires :
    - o Les établissements publics et privés sont représentés dans toutes les Assemblées Générales (AG) ;
    - o 16 sur 20 MOAR comptent dans leurs AG des professionnels libéraux en 2011 ;
    - o 14 sur 20 MOAR comptent dans leurs AG des réseaux de santé en 2011.

[8] Ce graphique ne comprend pas la région Champagne-Ardenne, qui n'a pas indiqué la composition de l'AG (évolution en cours de la gouvernance).

On assiste ainsi à une fédération des acteurs de l'écosystème santé en écho de la démarche de démocratie sanitaire pilotée par les ARS.

- Une **deuxième étape orientée vers l'ensemble des autres acteurs de la santé**, sous l'impulsion très nette des ARS et au nom de l'organisation du parcours du patient et de la transversalité des politiques de santé. Les MOAR s'ouvrent alors davantage aux établissements médico-sociaux, aux maisons de santé pluridisciplinaires, à diverses structures privées et aux associations d'usagers.

La fédération progressive des acteurs de santé est cohérente avec la démarche de démocratie sanitaire portée par les ARS. Cette dernière vise à associer l'ensemble des acteurs dans l'élaboration et la mise en œuvre de la politique régionale de santé, dans un esprit de dialogue et de concertation.

La MOAR des SI, transverse par essence, devient ainsi un des lieux d'expression de cette démarche.

3.2.2 L'effet accélérateur du programme Emergence

Le programme Emergence, un catalyseur de la dynamique régionale.

Le programme Emergence, appel à projets piloté et cofinancé par l'ASIP Santé (80%) ainsi que par l'ARS et ses partenaires (20%), portait plus particulièrement sur les objectifs suivants :

- Pérenniser la maîtrise d'ouvrage régionale (constitution ou évolution de l'entité juridique, renforcement de l'expertise des équipes, réflexion sur les financements…) ;
- Contribuer à la mise en place d'une gouvernance des acteurs des systèmes d'information partagés de santé au niveau territorial (schéma de gouvernance des acteurs, participation aux orientations du PRS…) ;
- Renforcer la notoriété de la MOAR (stratégie de communication, communication institutionnelle…) ;
- Construire ou mettre à jour le schéma directeur des systèmes d'information défini par l'ARS et formaliser un portefeuille de projets (état des lieux de l'existant, études de convergence…) ;
- Définir une stratégie de déploiement des systèmes d'information partagés de santé adaptée au portefeuille de projets (plan de déploiement et d'accompagnement, communication opérationnelle, formation, outils de suivi du déploiement…).

A partir de 2010, la plupart des régions en saisissent l'opportunité pour se structurer ou se renforcer en menant une réflexion sur la gouvernance, la stratégie et l'organisation de la structure.




L'évolution de la structuration des MOAR et l'implication visible des acteurs peuvent s'expliquer par :

- **l'alignement entre les projets de la MOAR et la politique menée par l'ARS**
- **la prise de conscience de la nécessité de mutualiser les moyens au niveau régional**
- **la volonté de participer à une structure où les acteurs prennent des « positions » dans la stratégie régionale de santé**
- **la valeur d'exemple des premières réussites**
- **un effet d'apprentissage collectif.**

Piloté par l'ASIP Santé, le programme Emergence a constitué un révélateur des besoins, des missions et du positionnement institutionnel des MOAR aux côtés des ARS. Il apparaît clairement qu'il a joué un rôle de catalyseur de la dynamique régionale. Cette réflexion s'est d'ailleurs propagée par « contagion », y compris dans les régions non retenues dans l'appel à projets, grâce au partage et aux échanges entre acteurs des MOAR.

In fine, l'évolution de la structuration des MOAR peut s'expliquer de plusieurs façons :

- La raison d'être des ARS d'impliquer l'ensemble des acteurs de santé et du médico-social alors que les ARH étaient centrées sur le secteur hospitalier. **L'ouverture progressive à l'ensemble des acteurs de santé et du médico-social de la région est une trajectoire qui se dessine clairement** même si les MOAR n'en sont pas toutes à un stade identique du fait du contexte de chaque région et de l'histoire de chaque MOAR. **L'élaboration des Programmes Régionaux de Santé** a en effet fédéré l'ensemble des acteurs du monde de la santé et du médico-social. Dans la plupart des régions, le PRS intègre un volet SI partagés et systématiquement un volet Télémédecine en raison de l'obligation qu'en a fait la DGOS, devenu depuis PRT. Si les MOAR contribuent à la mise en œuvre de la politique régionale des SI de santé, l'élargissement de leurs membres est naturel et révèle l'**alignement entre les projets de la MOAR et la politique menée par l'ARS.** Les MOAR les plus anciennes ont dû évoluer. Les plus récentes ont d'emblée inscrit cette préoccupation dans leur fonctionnement, opportunément aidées par le programme Emergence.
- L**es acteurs prennent conscience de la nécessité de mutualiser les moyens au niveau régional** pour conduire efficacement les projets SI, complexes par définition, et qui touchent tous les acteurs. La politique de normalisation portée par le Ministère et l'ASIP Santé (référentiel, interopérabilité, DMP, …) est entendue et reconnue comme légitime par les acteurs interrogés. Elle implique une montée en compétence sur ces sujets, rendant nécessaire la mutualisation des expertises. Les structures de taille modeste s'appropriant l'enjeu des SI admettent également qu'il leur est difficile de mener seules des projets d'envergure sur le plan SI. Les structures les plus importantes comme les CHU sont moins sensibles à la mutualisation car elles disposent de ressources internes souvent suffisantes.
- La **volonté de participer à une structure où les acteurs prennent des « positions » dans la stratégie régionale de santé**. Il ne faut pas négliger l'intérêt des acteurs à faire partie d'instances où pourraient se décider des actions qui les concernent et leur servir à titre individuel de lieu d'expression. L'intérêt manifesté par l'ARS pour l'élection de l'administrateur est révélateur des enjeux de la représentation au sein de la MOAR. Compte-tenu de son rôle stratégique sur la politique régionale de santé, l'ARS peut avoir une influence forte sur la nomination de l'administrateur.
- Les **premiers succès engrangés par les MOAR** incitent d'autres acteurs à les rejoindre pour bénéficier de leur savoir-faire et, surtout, pour ne pas rester en dehors des décisions. Les MOAR les plus matures ont su non seulement mener à bien les projets (« savoir-faire ») mais également ont su gérer le « faire savoir » au travers d'actions de communication. Ces actions ont permis de les faire connaître et de renforcer leur légitimité.

La présence plus ou moins visible de l'ARS ne fait ainsi que renforcer le rôle de la MOAR comme lieu de concertation et de gestion des équilibres régionaux entre acteurs de santé sur les SI.




Une transformation visible

Les MOAR sont sur le point de devenir dans toutes les régions le levier opérationnel de la politique des SIS portée par les ARS.

- Un **effet d'apprentissage collectif** est observé parmi les MOAR. Les plus récentes ne manquent pas de regarder les approches retenues par leurs pairs. Les différentes rencontres organisées par l'ASIP Santé (les RIR : Rencontres Inter-Régionales ; les points projets multi-régions sur le programme DMP, les revues de programmes avec les chargés de mission de l'ASIP Santé) et le tissu relationnel qui en résulte entre MOAR permettent de partager dès à présent des pratiques même si la plupart des MOAR et des ARS réclament une amplification du partage et de la capitalisation entre régions.

La transformation est tangible depuis 2009, et les MOAR sont sur le point de devenir le levier opérationnel au service de la politique régionale des SIS menée par les ARS.

En synthèse

Une fédération progressive de tous les acteurs santé dans la logique de démocratie sanitaire

La fédération progressive des acteurs de santé est cohérente avec la démarche de démocratie sanitaire portée par les ARS qui vise à associer l'ensemble des acteurs dans l'élaboration et la mise en œuvre de la politique régionale de santé, dans un esprit de dialogue et de concertation. La MOAR, transverse par essence, devient ainsi un des lieux d'expression de cette démarche.

Piloté par l'ASIP Santé, le programme Emergence a constitué un révélateur des besoins, des missions et du positionnement institutionnel des MOAR aux côtés des ARS. Il apparaît clairement qu'il a joué un rôle de catalyseur de la dynamique régionale.

La transformation depuis 2009 est visible

L'importance du chemin parcouru depuis 2009 est aujourd'hui indiscutablement « visible » en région, démontrant la structuration effective des MOAR.

Ces dernières constituent progressivement le levier opérationnel de la politique des SIS pilotée par les ARS.

3.3 Une orientation claire vers un rôle de maîtrise d'ouvrage et une diversification du portefeuille de projets

3.3.1 De la fabrication d'infrastructures à l'accompagnement des acteurs

La politique publique portée par l'ASIP Santé a été dans le sens d'une réduction des activités de maîtrise d'œuvre (développement d'infrastructures régionales), au profit des activités de maîtrise d'ouvrage (pilotage des projets, conduite du changement, expertise, déploiement des usages…) pour accompagner la mise en place de référentiels et infrastructures favorisant le développement d'une informatique communicante.





L'analyse des informations recueillies montre que les **MOAR sont désormais plus clairement orientées vers un rôle de maîtrise d'ouvrage**. De manière macroscopique, la trajectoire suivie par les MOAR est donc cohérente avec la politique voulue par les pouvoirs publics.

Les plus anciennes MOAR étaient centrées sur des activités plutôt techniques et restent marquées par ce positionnement. Les plus récentes sont davantage centrées sur des activités d'accompagnement et de développement des usages.

L'ASIP Santé encourage cette évolution du positionnement des équipes régionales.

Néanmoins, certaines régions, dont l'histoire en matière de SI partagés de santé est ancienne, s'étaient positionnées dans la réalisation d'outils mis à disposition des acteurs de santé, dont les données sur les usages réels ne sont pas souvent disponibles. Ces derniers, parfois encore en production, absorbent une part importante des ressources dont dispose la MOAR et la maintiennent de fait dans un rôle, non exclusif, de MOE (à titre d'illustration, 6 MOAR sont actuellement agréées pour l'hébergement des données de santé).

Les ARS concernées se posent plusieurs questions au sujet de ces réalisations :

- Comment réaliser la convergence entre les développements régionaux et les référentiels et infrastructures nationaux ? Certaines ARS envisagent d'évaluer les usages réels de ces infrastructures régionales afin de décider d'une stratégie de convergence vers des réalisations nationales (DMP, système des urgences, messagerie sécurisée, DCC/DMP, ROR, référentiels…). Pour ce faire, elles pensent avoir besoin de compétences qu'elles n'ont pas localement et sollicitent un soutien national dans cette démarche, dont l'ASIP Santé.
- Jusqu'où l'ASIP Santé doit-elle encadrer ces réalisations ou accompagner leur trajectoire d'évolution, alors qu'elles ont été développées par les MOAR avant la mise en place d'une politique nationale, avec le soutien, encore marqué, d'acteurs locaux, en opposition plus ou moins affichée aux référentiels nationaux ?

Les ARS soulignent logiquement que plus l'existant réalisé est important et les usages développés (messagerie sécurisée, ROR, dossiers patient partagés) ou supposés tels, car les évaluations des usages semblent très parcellaires, moins les MOAR sont enclines à abandonner leur réalisation et plus les ARS hésitent à intervenir fortement pour réorienter le portefeuille des projets.

Ces réserves sont d'autant plus fortes que les projets nationaux s'inscrivent dans des plannings et des trajectoires de livraison mal connus des régions (le projet de messagerie sécurisée et le RASS sont cités en particulier) ou dont l'avenir est soumis à arbitrage (DMP).

Une fois l'ARS mise en place, les DGARS ont pris conscience de la dimension stratégique des SI partagés de santé dans les politiques régionales.

Aujourd'hui, ils interpellent l'ASIP Santé sur sa capacité à les accompagner dans la convergence vers des référentiels et services nationaux, dans le respect des dynamiques régionales.

L'incertitude des ARS est renforcée par le fait que les DGARS ont pris conscience de la dimension stratégique des SI partagés de santé après leur nomination et lorsque les ARS ont commencé à se structurer. Autant d'éléments expliquant la prudence des DGARS sur les décisions à prendre vis-à-vis des MOAR.

3.3.2 Le portefeuille de projets, expression de la politique de l'ARS et des attentes des membres de la MOAR

Le risque d'opposition entre projets nationaux et projets régionaux

Dans le cadre de leurs travaux, les MOAR composent un portefeuille réunissant à la fois des projets impulsés par leur ARS, des projets émanant de leurs adhérents et des projets impulsés par le niveau national.

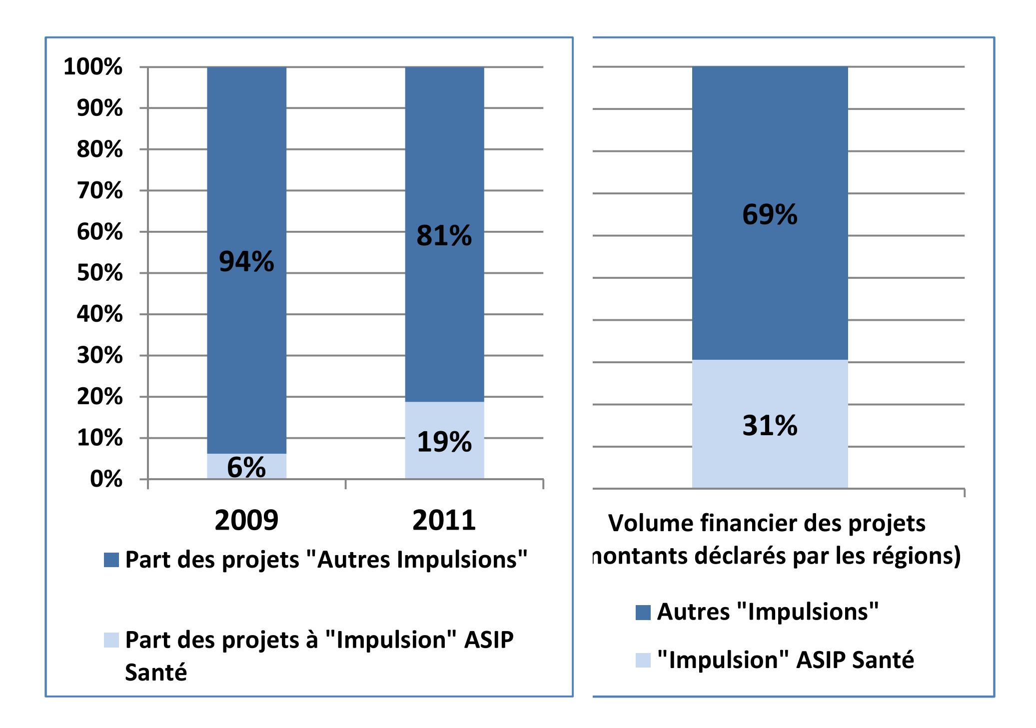
Les données recueillies montrent que la majorité des projets sont identifiés comme impulsés régionalement (par les ARS ou les membres) même si depuis 2009, on note une augmentation de la part des projets à impulsion nationale tels que le DMP, le DCC/DMP, Bureautique Santé ou encore les projets de télémédecine financés par l'ASIP Santé :





L'ASIP Santé finance plus de 30% du coût des portefeuilles de projets des MOAR.

Ce sont des projets qui impactent fortement les SIS.



Répartition entre projets à « impulsion ASIP Santé » et projets à « autres impulsions » en nombre (2009 comparé à 2011) et en volume financier (uniquement pour l'année 2011)

En 2011, les projets à impulsion nationale de l'ASIP Santé représentaient 19% du portefeuille des projets en nombre mais plus de 30% de leur budget.

Ceci s'explique par le coût important des projets financés par l'ASIP Santé dont la vocation est de structurer les SIS.

Le programme DMP, programme phare de l'ASIP Santé, est présent dans le portefeuille de 14[9] régions en 2011 mais il est paradoxalement rarement cité spontanément comme structurant le portefeuille de projets ou les ressources consacrées au développement des usages à part dans les premières régions pilotes.

Les ARS et les MOAR opposent souvent projets régionaux / projets « nationaux ».

Or la mise en évidence des complémentarités entre programmes /référentiels nationaux et initiatives/dynamiques régionales est indispensable pour éviter un risque d'opposition stérile et d'atomisation des SIS.

Néanmoins, les projets qui le préparent ou qui sont connexes comme la messagerie sécurisée, le partage de dossiers patients par les professionnels de santé quel que soit leur mode d'exercice, les outils collaboratifs en général sont cités spontanément comme importants et ayant vocation à améliorer le système régional de santé. Ces projets sont classés comme projets « à impulsion régionale » et semblent bien « appropriés » par les MOAR.

Il serait donc intéressant d'identifier avec les ARS et les MOAR comment s'assurer de l'appropriation des démarches telles que le DMP aux côtés des projets régionaux. Il est en effet essentiel que les ARS et les MOAR intègrent l'effet structurant et l'impact des référentiels nationaux (DMP, cadre d'interopérabilité, INS, RASS, décret Télémédecine…) sur l'ensemble des projets, qu'ils soient d'impulsion nationale ou régionale.

Il y a en effet un risque de voir opposer programmes dits « nationaux » et programmes dits « régionaux » au fur et à mesure que les ARS et les MOAR montent en puissance et prennent la main sur la feuille de route des SI de santé, alors même que les démarches sont complémentaires. Cela pourrait engendrer des tensions qui pourraient freiner le développement des SI ou surtout entraîner

[9] En 2011, 4 régions déployaient effectivement le DMP dans le cadre du programme « Amorçage » financé par l'ASIP Santé et 10 régions étaient retenues dans le cadre de l'appel à projets. « Déploiement du DMP en région » lancé par l'ASIP Santé.

une excessive régionalisation et atomisation du système d'information de santé, au risque d'annuler les progrès réalisés vers une informatique communicante.

Des portefeuilles de projets plutôt homogènes d'une région à l'autre

La structure des portefeuilles est le résultat :

- de l'encours des MOAR les plus anciennes qui font face nécessairement à une certaine inertie de leur portefeuille,
- de la feuille de route donnée récemment par les ARS (2011 ou 2012),
- des projets demandés directement par les membres de la MOAR, acteurs de santé de la région,
- et des projets à impulsion nationale.

Malgré des stades différents de maturité de développement, le portefeuille de projets des MOAR présente des similitudes, soulignant ainsi que :

- Les enjeux auxquels sont confrontées les régions sont assez similaires ;
- Les impulsions données par les pouvoirs publics et par une communication généralisée (rapports publics, réunions et divers événements sur l'e-santé, …) tendent à uniformiser les préoccupations des acteurs de santé.

Aussi, le besoin de chaque région en maîtrise d'ouvrage des SI de santé devrait être relativement similaire, ce qu'a tendu à démontrer le programme Emergence.

Ainsi le schéma page suivante démontre une similitude dans la structure des portefeuilles de projets.

Nombre de MOA-R portant le projet en 2009 et 2011

	2009	2011
Emergence	0	18
Autres	5	16
Télémédecine (télé-AVC, télé-imagerie,..)	5	15
DMP	4	13
Portail d'information	6	12
Messagerie sécurisée	8	10
Système d'orientation	1	10
ROR	2	9
Réseau haut débit	4	8
Etudes	4	8
Outil réseau	7	8
PACS		7
Observatoires des urgences (ORU)	5	7
DCC-DMP	2	7
Visioconférence (web, télé, visio, ...)	2	7
Veille sanitaire	2	6
Sécurité SI	1	6
Outils collaboratifs/partagés	5	6
Outils/ Services - SAMU/ SMUR	1	4
Annuaire	3	3
Bureautique santé	0	2
Fonctions supports	2	2

Nb: 1 projet DMP non mentionné par la région Bretagne. Au total 14 régions déploient effectivement le DMP.

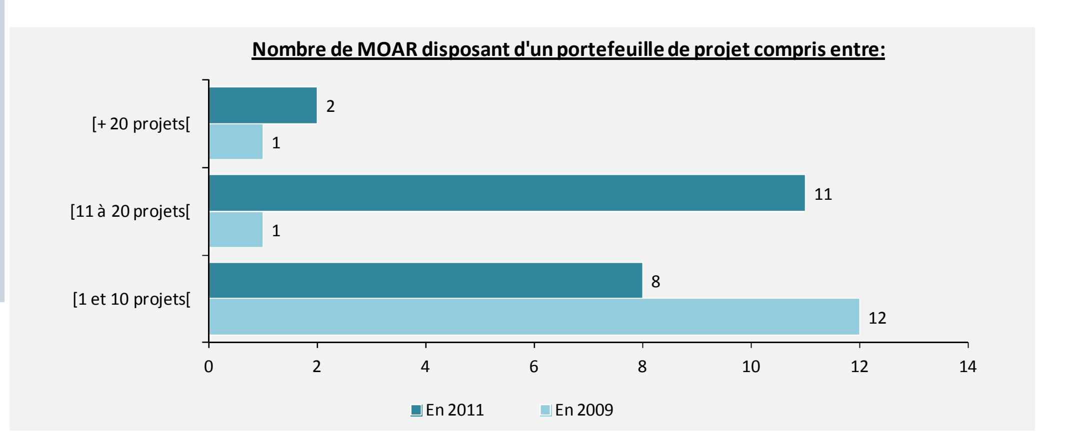



Si la lecture globale de ces portefeuilles de projets présente une certaine homogénéité, une analyse plus fine met en évidence **des trajectoires variables** :

- Les MOAR créées de longue date ont élargi progressivement leur portefeuille. Elles ont commencé par des projets portant sur le socle applicatif et technique (infrastructures techniques : réseaux haut débit notamment, référentiels, système de messagerie sécurisées…) ;
- Les MOAR de création plus récente élaborent d'emblée un portefeuille large composé à la fois de projets « métiers » (à usage et service direct pour les acteurs de la santé) et de projets d'infrastructure technique.

Dans la logique induite par les MOAR, ces dernières années, le portefeuille de projets des MOAR s'est également considérablement étoffé.

Entre 2009[10] et 2011[11], la taille moyenne du portefeuille de projets a augmenté de 63 %[12] . Une bonne partie de ces projets sont de nouveaux projets et 15% d'entre eux restent à démarrer.



Les entretiens permettent d'identifier plusieurs facteurs qui peuvent expliquer l'augmentation du nombre de projets dans le portefeuille :

- C'est une conséquence de l'élargissement du nombre et du profil des adhérents. Pour attirer les adhérents et instaurer un climat de confiance, la MOAR doit proposer un portefeuille de projets qui suscite l'intérêt de chacun ;
- Les MOAR considèrent que l'intégration de nombreux projets dans leur portefeuille est un gage de pérennité pour elles. En effet, le nombre de projets à mener est de nature à justifier leur maintien en donnant de l'activité sur plusieurs années ;
- Les ARS se sont emparées du sujet des systèmes d'information. Désormais, les ARS au niveau stratégique et opérationnel sont davantage investies sur ces sujets. Elles recourent majoritairement à la MOAR pour faire porter la mise en œuvre de leur feuille de route SI de santé contribuant de facto à augmenter la taille de leur portefeuille de projets.

[10] Le recueil des données a été possible auprès de 14 MOAR en 2009.

[11] Le recueil des données a été possible auprès de 21 MOAR en 2011.

[12] La taille moyenne du portefeuille projet est passée de 7,6 à 12,4 projets entre 2009 et 2011.




3.3.3 La gestion « politique » du portefeuille de projets expose les MOAR au risque de désillusions de leurs membres et de l'ARS

Le portefeuille des projets s'enrichit ainsi mais sauf exception, l'évaluation des moyens à mettre en œuvre pour mener à bien les projets n'est pas toujours objectivée de manière réaliste.

Au vu de cette situation, la composition du portefeuille est davantage :

- le fruit de l'équilibre recherché par les ARS entre acteurs de santé,
- la conséquence de la logique institutionnelle du fonctionnement en GCS qui fait grossir et se diversifier le portefeuille.

La composition du portefeuille est la conséquence à la fois de l'augmentation du nombre de membres des GCS et de la gestion des équilibres régionaux.

De toute évidence, cela va créer un risque sur la capacité à délivrer.

Les moyens pour répondre aux engagements de résultats ne sont donc pas forcément adaptés et les calendriers de mise en œuvre relèvent sans doute davantage du plan de communication pour rassurer les adhérents plutôt que d'une réelle planification.

Quelques MOAR et ARS expriment clairement que la maîtrise incertaine de la capacité à délivrer est un facteur de risque pour la crédibilité vis-à-vis des membres / partenaires des MOAR, avec un risque de désengagement à terme de ces membres.

Mais paradoxalement, la plupart des ARS ne pointent pas le portefeuille de projets comme un levier de réussite important de la MOAR dans les questionnaires.

Cette contradiction apparente tend à démontrer que la gestion du portefeuille s'inscrit avant tout dans une perspective politique. Au moment de l'étude, il était **plus important pour les ARS et MOAR de montrer le démarrage réel de la politique régionale en matière de SI et d'afficher des projets que de vérifier le réalisme des engagements pris**. Les MOAR ont accepté les portefeuilles que l'ARS et leurs membres leur dictaient.

Fédérer les acteurs et montrer le démarrage réel de la politique SIS en région est la première préoccupation des ARS et des MOAR. Cela peut se faire au prix d'un portefeuille projets irréaliste.

Il y a donc logiquement une tension entre fédérer et délivrer.

Le risque est en conséquence fort pour les MOAR de décevoir tant leurs adhérents que leurs ARS qui expriment clairement leurs attentes et leur impatience de voir des livrables et des usages concrets.[13]

Ce risque est d'autant plus fort pour les MOAR de création récente qui n'ont pas encore fait leurs preuves et qui sont observées avec impatience par l'ARS et par leurs membres. Ces MOAR les plus récentes ont conscience qu'après une période de structuration et de mobilisation des acteurs, il est impératif pour elles de montrer des résultats, de délivrer.

L'utilisation des CPOM entre ARS et MOAR devrait devenir l'outil privilégié de responsabilisation des MOAR sur l'atteinte de résultats visibles et concrets.

Les premiers CPOM signés entre ARS et MOAR témoignent surtout de la volonté de l'ARS et des MOAR de travailler ensemble. Ces CPOM restent un cadre dont les acteurs sont conscients qu'il conviendra de les décliner plus finement pour clarifier les attendus.

De cette clarification pourrait naître des tensions entre ARS et MOAR car elle conduira probablement à accroître les exigences vis-à-vis des MOAR.

[13] Il convient de préciser que cette problématique de livrables et d'atteinte d'objectifs est commune à l'ensemble des financeurs. L'ASIP Santé conditionne ses versements à l'atteinte d'objectifs (ex. volumes de création de DMP) et la fourniture de livrables ; ces exigences sont inscrites dans les conventions signées avec les porteurs de projets.





Le CPOM est l'outil privilégié des ARS pour sécuriser l'atteinte des résultats.

En 2011, 16 MOAR sur 21 ont dans leur portefeuille projet au moins un projet opérationnel ou en production (projets d'études exclus).

Pour autant, le développement des usages sur le terrain reste encore limité ou peu observé et « comptabilisé ». MOAR et ARS partagent le constat que les MOAR ont un travail significatif à mener pour piloter le développement des usages.

La professionnalisation des MOAR et le choix des profils de compétences sont donc un enjeu opérationnel crucial pour servir les stratégies qui se mettent en place.

En synthèse

Le repositionnement des MOAR pose le problème de la convergence vers les orientations nationales

L'ASIP Santé encourage l'évolution du positionnement des MOAR vers une prise en charge de l'accompagnement du déploiement des projets et du développement des usages. Pour les plus anciennes MOAR, centrées historiquement sur des activités plutôt techniques, cette évolution pose des problèmes de convergence à 3 niveaux : culturels, compétences et techniques.

Les ARS hésitent à intervenir fortement pour réorienter le portefeuille des projets lorsque l'existant leur fait craindre de heurter la dynamique régionale et/ou de mettre en danger les usages en l'absence de données claires.

Ces réserves sont d'autant plus fortes que les projets nationaux s'inscrivent dans des plannings et des trajectoires de livraison mal connus des régions ou qui leur semble incertain (le projet de messagerie sécurisée et le RASS sont cités en particulier) ou dont l'avenir est soumis à arbitrage (DMP).

Les ARS interpellent les représentants de la politique publique de SIS, au premier chef, l'ASIP Santé et la DSSIS, pour les guider dans la convergence à réaliser.

Le portefeuille des projets est de plus en plus à la main des ARS qui en font un levier de leur stratégie et un objet de la relation à l'écosystème santé

L'ASIP Santé finance près de 20% des projets (en nombre) qui représentent plus de 30% des budgets de projets des MOAR. Ce sont des projets qui impactent fortement les SIS dont le DMP est le programme phare.

La logique d'ouverture généralisée des MOAR à l'écosystème santé a diversifié les projets et fait croître leur nombre de plus de 60% entre 2009 et 2011, dont une majorité démarre.

Toutefois, l'évaluation de la capacité à délivrer selon les engagements pris n'a pas été le seul critère pris en compte pour structurer les effectifs et compétences des MOAR et le risque de n'être pas au rendez-vous est donc tangible.

La gestion politique domine la structuration des portefeuilles projets ce qui créée une tension « naturelle » entre la volonté de fédérer et celle de délivrer.

La contractualisation entre ARS et MOAR est alors le moyen pour les ARS de maîtriser les engagements et de sécuriser les réalisations. Le CPOM que les ARS maîtrisent habituellement, en est l'outil privilégié.

3.4 L'augmentation et la professionnalisation des ressources humaines

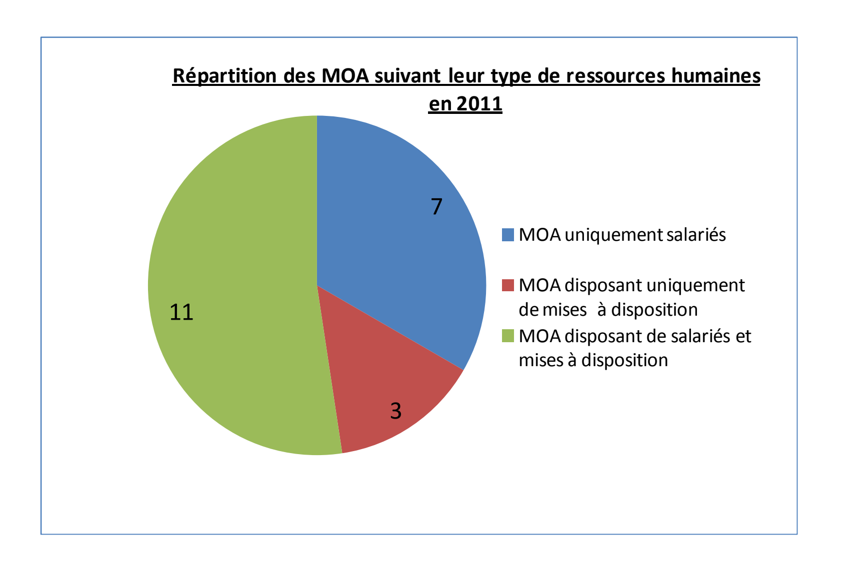
L'augmentation des ressources, reflet de l'évolution du portefeuille de projets.

Pour faire face à l'augmentation de la taille du portefeuille de projets, conséquence de l'augmentation des projets menés pour le compte des ARS qui les financent en grande majorité, les MOAR ont vu leurs moyens humains augmenter sensiblement.

3.4.1 Un recrutement majoritairement mixte par mise à disposition et recrutement de salariés

Les MOAR sont composées soit de salariés, soit de ressources mises à disposition ou encore d'une composition mixte salariés / mises à disposition. **Une majorité de maîtrises d'ouvrage régionales a opté pour des personnels mis à disposition ou mixte**. Outre la facilité de recrutement, cette approche permet une souplesse accrue aux MOAR. En effet, le temps d'un projet, elles peuvent s'entourer de compétences spécifiques dont elles n'ont pas forcément besoin de manière pérenne.

C'est également une manière pour des MOAR qui ne sont pas toujours rassurées sur leur pérennité de pouvoir faire évoluer leurs effectifs de manière relativement aisée en cas d'évolution de leur situation.

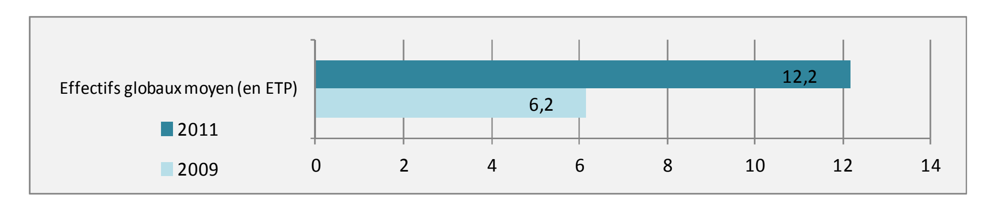






3.4.2 Une augmentation des ETP

Entre 2009 et 2011, parallèlement à l'augmentation de la taille du portefeuille de projets, les MOAR se sont étoffées.



	Effectifs 2009	Effectifs 2011
Alsace	2	14,8
Aquitaine	8,3	28,4
Auvergne	3,5	4,75
Basse Normandie	1	5,8
Bourgogne	1,5	4,5
Bretagne	4	8
Centre	3	9,4
Champagne Ardenne	5	5
Franche Comté	18	20
Haute Normandie	0	2,7
Ile de France	2,5	30,2
Limousin	0	25
Lorraine	7	11,25
Martinique	5,5	10
Midi Pyrénées	12,6	15,85
Océan Indien	4,8	6,8
Pays de la Loire	0	10,2
Picardie	11	14
Poitou Charentes	3	5
PACA	5	7
Rhônes Alpes	13	17
Total	**110,7**	**255,65**

Les effectifs des MOAR ont plus que doublé en 3 ans.

En 2009 : 110 ETP (moyenne de 6 ETP par MOAR)

En 2011 : 255 ETP (moyenne de 12 ETP par MOAR) dont :

- **12 ont moins de 10 ETP**
- **6 ont entre 10 et 20 ETP**
- **3 ont plus de 20 ETP.**

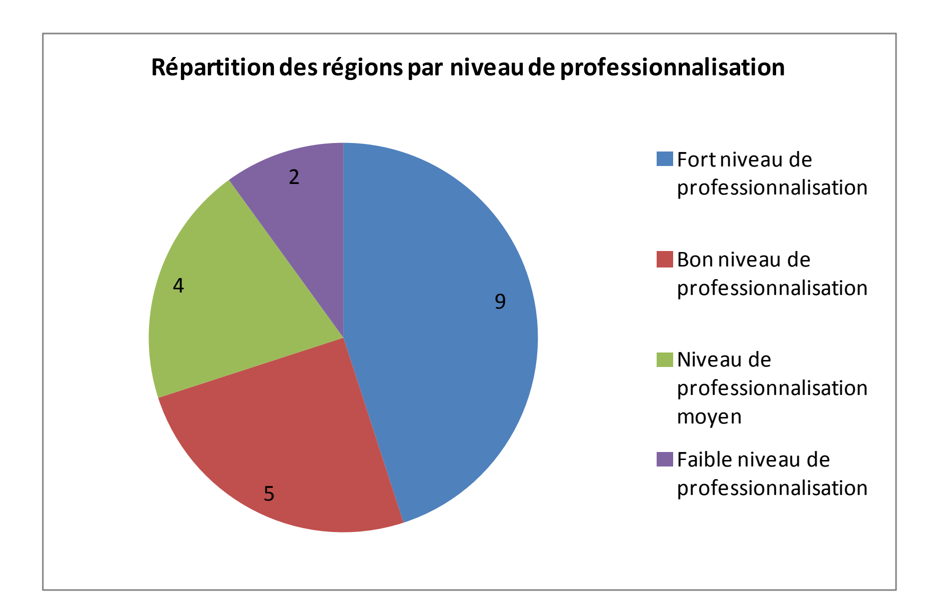
3.4.3 Depuis 2009, une professionnalisation en marche

Le niveau de professionnalisation des MOAR, c'est-à-dire la capacité des MOAR régionales à atteindre les objectifs qui sont les siens, a été évalué en fonction de 4 critères :

- **Les facteurs humains** : quel est le profil du directeur de la MOAR (a-t-il exercé une responsabilité dans la gestion d'une structure publique ou privée sur une durée supérieure à 3 ans, a-t-il exercé une responsabilité dans le management de projets SI ?,…) ?
- **L'organisation et les méthodologies de travail** : la MOAR a-t-elle mis en place une méthodologie de gestion de projet appliquée sur l'ensemble des projets (suivi de planning, suivi de budget…) ?
- **La communication et la conduite du changement** : la MOAR a-t-elle élaboré une stratégie de communication ? l'a-t-elle déclinée de manière opérationnelle (plaquette de communication, actions de communication,…) ?
- **Les achats et le pilotage de prestataires** : la MOAR recourt-elle à de la prestation et si oui, quelles sont les pratiques mises en œuvre pour sécuriser la réalisation des contrats… ?

Il en résulte la production d'un indice de professionnalisation des MOAR. Cet indice place les MOAR sur une échelle de 1 à 4 en fonction de l'atteinte d'1 critère (niveau faible), de 2 (niveau moyen), 3 (niveau bon) ou des 4 critères (niveau élevé). Le suivi régulier de cet indice pourrait permettre d'objectiver l'évolution des MOAR au fil des années.

Le niveau de professionnalisation progresse et atteint un niveau satisfaisant.



Sur 20[14] MOAR, 9 ont un niveau de professionnalisation « élevé » et 5 un niveau qu'on peut qualifier de « bon ». Ce sont des régions au sein desquelles la MOA a été créée de longue date ou, si elle a été créée récemment, il existait une structure pré-existante qui a permis de capitaliser sur de bonnes pratiques.

Il existe ainsi une corrélation entre l'antériorité de la structure et son niveau de professionnalisation qui peut s'expliquer de la façon suivante :

- Au fur et à mesure, la taille du portefeuille de projets et le dimensionnement intrinsèque de chaque projet obligent les MOAR à **passer d'un stade artisanal de gestion de projet à un stade professionnalisé**. Les MOAR en ont d'autant plus besoin que l'articulation plus étroite avec leur tutelle et le besoin de justifier les dépenses auprès des adhérents impliquent de disposer d'outils robustes.
- En parallèle, de par son positionnement de MOAR, le recours aux prestataires augmente et **nécessite de développer un savoir-faire dans l'achat de prestations et dans le pilotage de prestataires**. En moyenne, les MOAR ont des contrats avec 5 à 10 prestataires, en général des prestataires MOE (intégrateurs, SSII, éditeurs…), ce qui est cohérent avec le positionnement des MOAR en pilotage de projets en MOA. Les compétences en matière de marchés publics et juridiques deviennent également indispensables dans ce cas.

Parmi les leviers de la professionnalisation, le facteur humain joue un rôle structurant :

[14] *L'indice n'a pu être calculé pour la Martinique.*

Le directeur de la MOAR a un rôle fondamental et complexe :

- **Piloter / animer les équipes**
- **Assurer le suivi financier**
- **S'engager sur les réalisations**
- **Nouer des relations aussi bien avec son ARS, les membres du GCS, les diverses institutions impliquées dans les SIS et l'ASIP Santé.**

- **Le rôle fondamental du directeur de la MOAR**. Il devient évident que la réussite d'une MOAR passe par sa capacité à recruter un profil de haut niveau pour ce poste faisant appel à des qualités à la fois de management, de gestion et de leadership compte tenu de son rôle tant interne qu'externe.

Au sein de la MOAR, il doit piloter / animer des équipes de taille parfois conséquente. Il a également en charge le suivi financier, le suivi des contrats, les relations avec les prestataires. Vis-à-vis de l'extérieur, il doit être capable de nouer des relations constructives tant avec son ARS qu'avec les adhérents de la MOAR et au-delà, de tous les acteurs de santé dans sa région. Il doit être capable de fédérer, mobiliser pour fédérer et mobiliser les acteurs sur le terrain, dialoguer avec les institutions, l'ARS, l'ASIP Santé ou la DGOS mais aussi être « légitime » dans ses décisions vis-à-vis des industriels ou cabinets de conseils avec lesquels la MOAR est amenée à traiter.

Les ARS s'intéressent en conséquence de près au recrutement du directeur de la MOAR jusqu'à participer à son recrutement, ou, plus discrètement, en faisant part de leur avis à l'administrateur, administrateur qu'elles contribuent d'ailleurs fortement à choisir. Le choix de l'administrateur est en effet un choix lié à l'équilibre des pouvoirs régionaux. L'influence des ARS dans ces choix est plus ou moins évidente.

Le profil « idéal » du directeur du GCS n'est pas défini de façon homogène mais il est courant désormais de justifier d'un profil ayant en priorité une expérience de management d'équipes et de pilotage de projets dans des environnements exigeants et innovants en matière de SI y compris à l'international plutôt que d'avoir une connaissance approfondie du secteur de la santé. Les éléments recueillis lors des entretiens sont corroborés par quelques annonces d'offre d'emploi ayant été publiées pour ces postes. Le profil « DSI » d'un établissement de la région n'est donc plus le profil idéal aux yeux des ARS et des administrateurs du GCS comme il l'était il y a encore quelques années. Si cette tendance se confirme, on peut s'interroger sur la difficulté à anticiper pour attirer et surtout fidéliser ces profils très demandés sur le marché hors du secteur de la santé dans des structures qui connaissent mal leur pérennité et sont sous fortes contraintes (financières).

La constitution de l'équipe MOAR autour d'un noyau de chefs de projet s'est élargie à de nouvelles compétences souvent rares comme juristes, spécialistes de marchés publics, communication, …

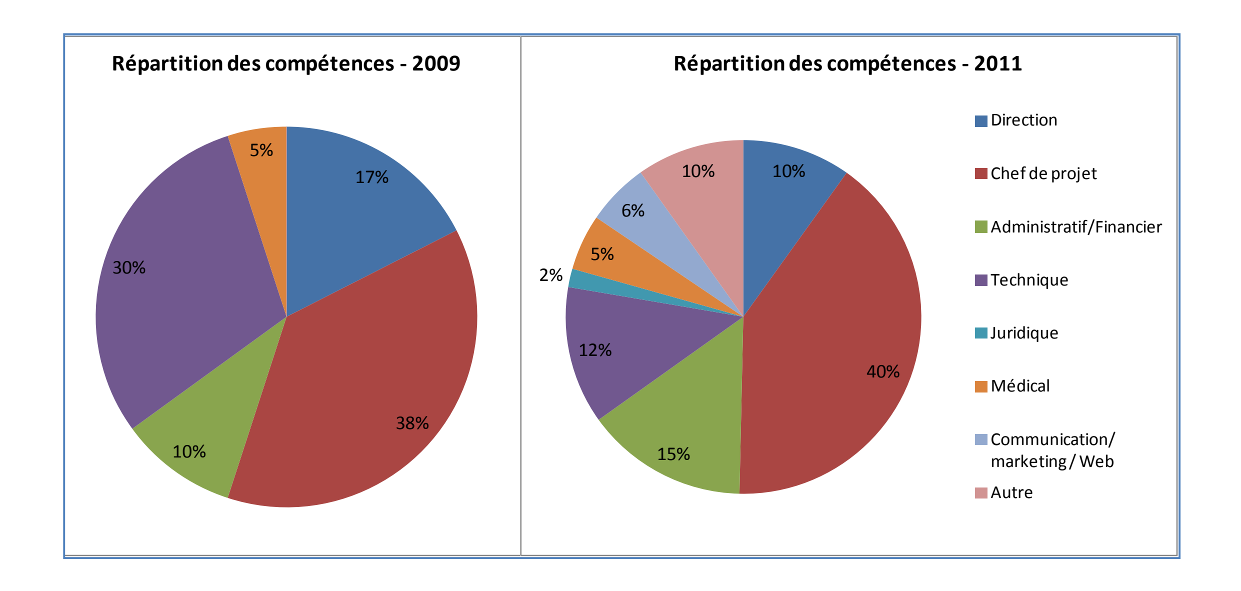
- La **constitution d'un noyau dur composé de chefs de projets puis son élargissement à des compétences métiers**, juridiques et communication / conduite du changement permet aux MOAR d'adresser des projets métiers, de sécuriser sur le plan juridique les contrats passés, de déployer les solutions sur le terrain et de communiquer sur les projets, leur avancement et leur réussite.

Entre 2009[15] et 2011[16], les MOAR ont diversifié leurs compétences :

[15] *Recueil des données auprès de 6 MOAR pour 2009.*

[16] *Les données de la région Rhône-Alpes n'ont pas été obtenues pour 2011.*



L'évolution des compétences trouve son origine dans :

> **La professionnalisation s'est accompagnée d'une diversification des compétences pour prendre en charge des projets de plus en plus variés mais aussi pour accompagner le besoin croissant d'accompagnement des acteurs notamment en matière de communication.**

- **La professionnalisation des MOAR** : l'évolution de leur portefeuille de projets entraînant plus de complexité (projets PACS, projets Télé-AVC, par exemple), la stabilisation du GCS, ainsi que la pression mise par les ARS, concourent à conforter la nécessité de disposer de compétences de bon niveau en matière de management, de gestion de projet SI mais aussi de renforcer les fonctions support administratif / financier et juridique. Toutes les MOAR font part de la nécessité de disposer de compétences juridiques pointues soit en interne soit de pouvoir en disposer à la demande auprès d'une ressource externe. Il devient crucial d'être en capacité d'une part, de sécuriser les nombreux marchés lancés et d'autre part, de recevoir des conseils avisés dans le cadre de projets innovants dans leurs modèles juridico-économiques : montage adopté en Ile-de-France pour le projet PACS, mutualisation inter-régions, organisation de dialogues compétitifs, rôles et responsabilités des différents acteurs impliqués en télémédecine (sujet de nouvelles préoccupations des ARS et MOAR), etc. ;
- **La diversification du portefeuille de projets** : les projets inclus dans les portefeuilles sont des projets « métiers » qui nécessitent de l'expertise sectorielle (urgence, médico-social…). Les MOAR ont besoin de s'entourer de ressources ad hoc pour sécuriser la conduite de leurs projets et développer des relations de confiance avec leurs futurs utilisateurs. C'est ainsi que le volume des profils médicaux augmente (sa part reste identique mais à effectifs doublés). La définition d'une feuille de route claire a donné de la visibilité aux adhérents et à l'ARS. En outre, le portefeuille de projet a été ajusté afin de répondre aux besoins de l'ensemble des adhérents ou des profils que la MOAR cherchait à intégrer. Pour attirer de nouveaux adhérents (ex : secteur médico-social), il faut leur proposer des projets susceptibles de les mobiliser ;
- **La prise de conscience du besoin de communiquer** qui se traduit par l'embauche de profils compétents en communication. Recentrées sur leur rôle de MOA, la grande majorité des MOAR savent qu'il est non seulement nécessaire de conduire avec succès les projets mais qu'il est nécessaire de sécuriser leur déploiement

et d'accompagner le développement des usages. Les MOAR ont besoin de « savoir-faire » les projets mais également de « faire savoir » afin de développer leur image de marque et de s'ancrer sur le territoire ;

- **L'amélioration de l'organisation et des méthodes de travail** : l'élargissement du portefeuille de projets et l'augmentation de la taille des équipes au sein des MOAR impliquaient de passer d'un mode de fonctionnement artisanal à un mode de fonctionnement plus structuré. Cela passe par le management d'équipe, la mise en œuvre de méthodologies de conduite de projets, la mise en place de tableaux de suivi financiers, de tableaux de reporting, … afin de donner de la visibilité à la tutelle et aux adhérents.

Les MOAR les plus en retrait sur le plan de la professionnalisation sont a contrario des structures pour lesquelles :

- Les **compétences du directeur ne sont pas toujours en totale adéquation avec les besoins actuels** (capacité à communiquer, capacité à mobiliser et fédérer des acteurs, capacité à manager des équipes importantes et des projets en visibilité de nombreux acteurs, capacité à gérer la complexité, dimension politique/institutionnelle…). Ce sont souvent des profils à dominante encore technique ou manquant des capacités managériales nécessaires à ce type d'activité, qui ont des difficultés à aborder l'ensemble des facettes du métier de directeur de MOAR. Il faut souligner que ces dernières années, ce métier de directeur de MOAR a considérablement évolué du fait de l'évolution du portefeuille de projets notamment par l'introduction de projets « métiers », du rôle accru de l'ARS et du besoin de communiquer sur des résultats en vue de susciter de l'adhésion.
- Les **pratiques de gestion de projet restent encore artisanales**. Ces MOAR disposent d'instances de gouvernance mais le suivi de projets reste peu outillé. Pour certaines d'entre elles, les outils et les recrutements sont néanmoins en cours de mise en œuvre ;
- La **dimension Communication** reste insuffisamment prise en compte même si l'embauche de profils « communication » permet de passer de 0 à 6% des effectifs en MOAR. Ces structures disposent en général de lignes directrices en matière de communication mais elles n'ont pas encore fait l'objet d'une déclinaison opérationnelle systématique (réalisation d'événements, plaquette,…) ;
- **Les compétences pour piloter les déploiements ne sont pas représentées** au sein des MOAR hormis le profil communication (même s'il reste insuffisamment représenté). Ainsi, les profils organisation, conduite du changement ne sont quasiment jamais cités. La présence de profils métier, en particulier de médecins, est nécessaire pour le déploiement de SI mais ne pourra suffire et devrait pouvoir être complétée par d'autres professionnels de santé notamment infirmier.

Emergence a eu un effet accélérateur sur la professionnalisation des MOAR.

Ce programme leur a permis de se focaliser sur le sujet des compétences pendant une période courte, de le traiter plus rapidement en bénéficiant d'un appui de l'ASIP Santé et d'un partage d'expérience entre MOAR.

La courbe de professionnalisation que parcourt chaque MOAR s'est accélérée pour les MOAR qui ont bénéficié d'un appui dans le cadre du programme Emergence. Il a permis aux MOAR de se professionnaliser plus rapidement grâce au diagnostic effectué et aux actions engagées en conséquence. Les MOAR ont ciblé leurs zones de difficultés et ont mené des réflexions sur la gouvernance, le portefeuille de projets, les méthodologies de travail, etc. L'engagement signé par les MOAR vis-à-vis de l'ASIP Santé sur la méthodologie de travail, le calendrier, … a permis de finaliser les démarches dans des délais restreints. La quasi-totalité des MOAR ont d'ailleurs respecté leurs engagements.

Les MOAR auraient sans doute traité ces différents aspects dans le cadre de leur évolution. Mais le programme Emergence leur a permis de se focaliser sur ces sujets pendant une période courte et de les traiter au même moment.

Elles ont été incitées à prendre des décisions grâce au pilotage de l'ASIP Santé qui a favorisé aussi une capitalisation entre MOAR et entre ARS. De toute évidence, ce programme a eu là aussi un effet « catalyseur » et « accélérateur » de l'évolution.

3.4.4 Les stratégies de structuration des MOAR et le besoin de mutualiser les compétences incitent à réfléchir à de nouveaux modèles d'organisation

Les MOAR structurées de longue date ont élargi progressivement leurs compétences. Initialement composées d'un profil de directeur, d'un profil administratif / financier et de chefs de projets, elles se sont progressivement entourées de compétences médicales, communication / marketing et juridiques. Le développement des projets métiers, la multiplication et la complexité des contrats passés avec les prestataires, le passage d'un mode « projet technique » à un mode « déploiement des usages » les a incitées naturellement à élargir leurs savoir-faire.

Les MOAR de structuration récente s'inscrivent d'emblée dans un schéma visant à disposer de l'ensemble des compétences pré-citées. Elles bénéficient de l'expérience acquise par les MOAR les plus anciennes et vont ainsi plus vite dans la définition de leur modèle.

Les modalités d'acquisition des ressources et compétences suivent plusieurs schémas :

- Les MOAR peuvent **disposer en interne des compétences** grâce à leurs personnels salariés ;
- Les MOAR **peuvent recourir à de la mise à disposition**. Cette organisation qui a l'avantage de la flexibilité, pose la question de la capitalisation sur les projets, la connaissance du projet pouvant être perdue au retour de la ressource chez son employeur. Par ailleurs, une ARS soulignait que si les travaux sont réalisés hors les murs de la MOAR, le contrôle réel de l'utilisation des ressources et la priorisation des tâches entre le projet de la MOAR et les priorités de l'employeur ne sont pas aisées ;
- Les MOAR peuvent recourir à de la **prestation externe** pour disposer des compétences dont elles en besoin.

Disposer des bonnes compétences au bon moment pour le bon projet est un enjeu majeur pour les MOAR.

Des solutions d'organisations réparties, le recours aux prestataires, la mutualisation de moyens inter-régions, voire l'appui d'experts venant d'autres institutions est cité par les MOAR et les ARS pour traiter la problématique des compétences. Ceci d'autant plus qu'un projet est par nature limité dans le temps et qu'une fois achevé, les ressources embauchées risquent d'être en surnombre.




Le partage des compétences rares reste à explorer car seules quelques MOAR peuvent aujourd'hui en disposer :

- **profils juridiques, acheteurs et spécialistes des marchés publics,**
- **profils capables de «piloter » des missions de déploiement de grande envergure,**
- **architectes techniques et urbanistes**
- **direction de programmes innovants**
- **…**

Une réflexion plus globale au niveau national est sans doute opportune sur la mutualisation des ressources et compétences puisque un grand nombre de besoins de compétences est commun aux MOAR et certaines ressources spécifiques sont rares et/ou couteuses.

On citera notamment (sans exhaustivité) : profil juridique, acheteurs et spécialistes des marchés publics, profil capable de « piloter » des missions de déploiement de grande envergure, architectes techniques et urbanistes capables de piloter et de contrôler les livrables des prestataires externes, direction de programmes innovants soit d'un point de vue technologique soit pour ce qui concerne les modèles économiques sous-jacents (modèles avec intéressement des industriels au chiffre d'affaires ou aux économies opérées par exemple), etc.

Une approche supplémentaire, non encore mise en œuvre, pour disposer des bonnes compétences, a été citée : une **structure MOAR « maître » ou pivot articulée avec des structures MOAR spécialisées** qui lui seraient rattachées. L'accélération observée dans la prise en main de projets complexes et très spécifiques pourrait focaliser l'attention rapidement sur ces nouvelles organisations.

Deux régions mentionnent la possibilité de créer des structures ad hoc en sus de la structure régionale pour prendre en charge certains projets. Ces structures pourraient être mises en place pour une durée définie afin de porter des projets particuliers en nombre limité (ex : réseau, PACS), requérant des compétences spécifiques dont la MOAR ne disposerait pas forcément.

Sans que cela soit clairement mentionné, cette approche est probablement un moyen pour réaliser un panel large de projets sans faire évoluer la taille de la MOAR pivot de manière significative. Il semble admis que la structure MOAR pivot serait alors la garante du respect des orientations nationales et régionales et de la qualité des méthodes et pratiques. Elle serait la « tête » d'un réseau de MOA dédiées à des projets spécifiques.

Les régions font, en effet, souvent état de leurs inquiétudes sur la taille et le rôle de la structure régionale. Elles ne souhaitent pas recréer des modèles de structures qui ressembleraient aux anciens CRIH. Les ARS ne souhaitent pas non plus prendre le risque de voir naître une structure forte, incontournable pour réussir leur feuille de route, mais difficilement maîtrisable par celles-ci.

Une piste suggérée lors des entretiens pourrait être des centres de compétences entre régions pour mutualiser les compétences rares et spécifiques.

Remarque : Cette organisation pourrait aussi faciliter une organisation mutualisant les compétences spécifiques inter-régions. Les MOA spécifiques pouvant être partagées avec d'autres régions, elles pourraient devenir des centres de compétences à la disposition de toutes les régions ou de plusieurs régions.

En synthèse

Professionnalisation et diversification des compétences vont de pair

La professionnalisation est parallèle à la diversification des compétences afin de prendre en charge des projets de plus en plus variés et répondre au besoin croissant d'accompagnement et de communication auprès des acteurs.

Le directeur de la MOAR a un rôle fondamental dans cette évolution ce qui pousse à augmenter le niveau d'exigence pour recruter des profils dont les compétences se trouvent souvent hors du secteur de la santé. Ces profils étant fortement sollicités par le marché, la difficulté de recrutement est sensible notamment dans les petites régions.

Dans ce domaine de la professionnalisation, le programme Emergence a eu aussi un effet accélérateur en permettant aux acteurs de réfléchir à leur besoins et à des solutions partagées.

Les ARS concernées par la qualité des MOAR influencent souvent fortement le choix tant du directeur que celui de l'administrateur.

La similitude des besoins entre MOAR et les contraintes financières devraient inciter à la mutualisation et au partage des compétences

Les projets menés par les MOAR sont relativement similaires et font donc appel à des compétences identiques. Du fait de leur ancienneté, de leur taille et relative richesse, certaines régions peuvent obtenir des compétences qui seraient utiles à toutes tandis que certaines régions peinent à recruter les compétences en nombre et qualité.

Il paraît alors opportun de réfléchir à différents modèles de mutualisation qui peuvent se combiner : compétences individuelles mises à disposition ponctuellement d'une autre MOAR, regroupement dans des structures pivots inter-régionales de compétences partagées, spécialisation de certaines MOAR, etc.

L'ASIP Santé est sollicitée par les MOAR pour renforcer l'animation du réseau de compétences actuel. Les ARS se font le relai de cette demande.





3.5 L'augmentation des ressources financières

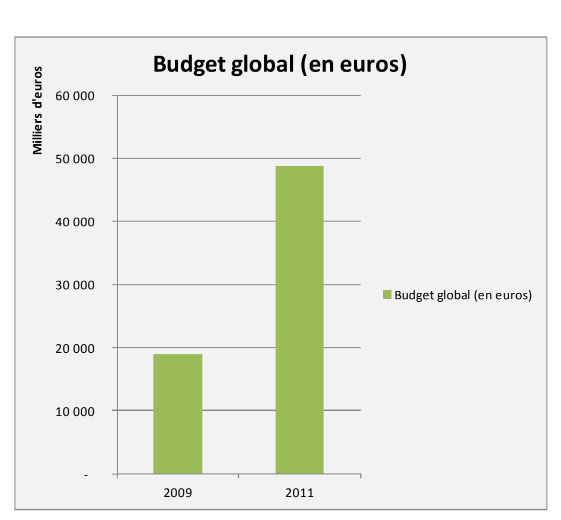
3.5.1 Une évolution significative des budgets engagés

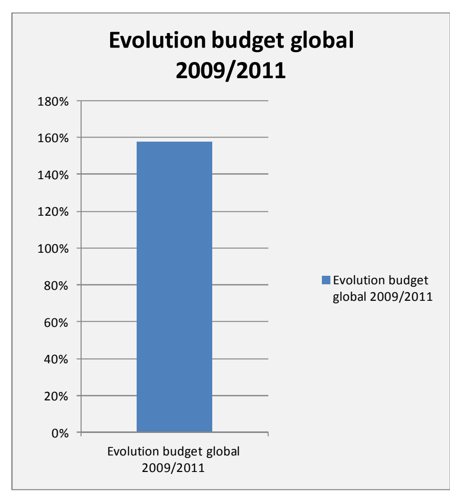
A partir des données recueillies dans le cadre de l'étude, le budget global des 21 MOAR est estimé de 48,7 M€ en 2011 et se décomposerait de la manière suivante :

Un budget global estimé à 48,7 M€ en 2011.

- 42 M€ pour le budget d'investissement projets (86%) ;
- 6,7 M€ pour le budget de fonctionnement (14%).

Les budgets de fonctionnement et d'investissement ont augmenté de façon significative (doublement entre 2009 et 2011), corollaire de l'augmentation de la taille du portefeuille de projets et des recrutements réalisés pour les piloter.





Il convient de souligner qu'il est difficile de procéder à une analyse détaillée des budgets d'investissement et de fonctionnement. En effet, en l'absence d'un cadre de suivi comptable et budgétaire national, les données budgétaires renseignées par les MOA-R font apparaître une hétérogénéité, qui s'explique par des règles variables :

- Ventilation des charges de personnel en budget de fonctionnement ou budget projet (charges salariales adossées au financement des projets) ;
- Mise en place d'une comptabilité analytique ;
- Suivi annualisé du budget projet par destination ;
- Règles de consolidation des comptes retenues par le commissaire aux comptes à l'occasion de la clôture de l'exercice.

De plus, dans la grille renseignée par les MOAR, le libellé portant sur le budget projet (budget d'investissement - subventions fléchées « projets ») a été compris de façon hétérogène.

Enfin, si les projets sont bien financés par des crédits d'investissement, ils servent pour l'essentiel dans une activité de MOA à financer de la masse salariale. Partant de là, l'affectation par nature de financement est discutable. Sans doute un classement par destination sur une nomenclature standardisée éviterait-il les confusions.



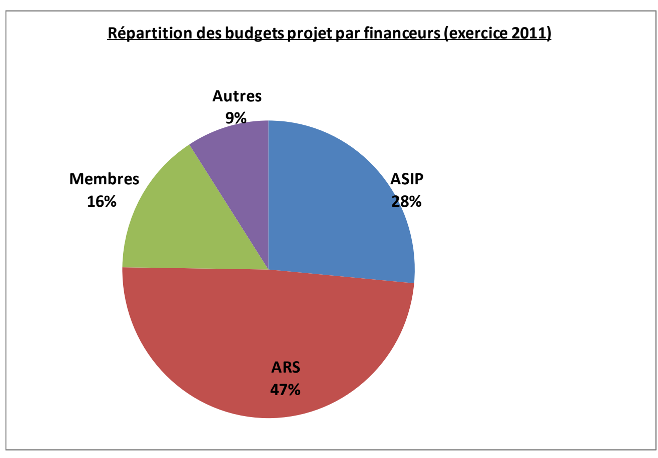


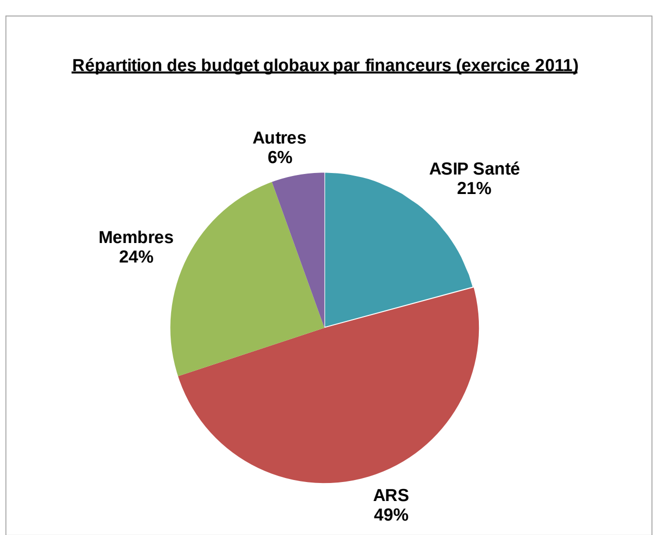
Par souci de transparence et si un reporting est régulièrement demandé par les tutelles, il serait impératif qu'un cadre homogène soit fourni aux MOAR afin de permettre une lecture consolidée cohérente.

3.5.2 Un budget qui révèle la prise de conscience de l'importance stratégique du sujet mais qui n'est pas corrélé aux besoins de développement des usages

Les deux graphiques suivants montrent le poids important pris par les ARS en tant que financeurs des MOAR, ce qui rend leur implication d'autant plus sensible et leur levier d'action pour orienter la politique en matière de SIS d'autant plus efficace.

Cela est vrai tant pour le financement global de la structure (1er graphique : 49%) que pour le financement des projets (2ème graphique : 47%) :





Le poids de l'ASIP Santé sur la partie financement des projets (28%) est plus important que sur le financement des structures (21%) puisque son rôle est d'inciter à la réalisation de projets via un financement par crédits d'investissement qui complète un financement venant généralement de l'ARS.

Des MOAR financées à près de 50% par les ARS aussi bien en ce qui concerne le budget total de la structure que les projets.

Les membres contribuent néanmoins de façon sensible (16%) à la réalisation des projets et plus encore au fonctionnement de la MOAR (24%) tout en restant largement minoritaires alors que le statut de GCS pourrait laisser supposer une participation plus importante.





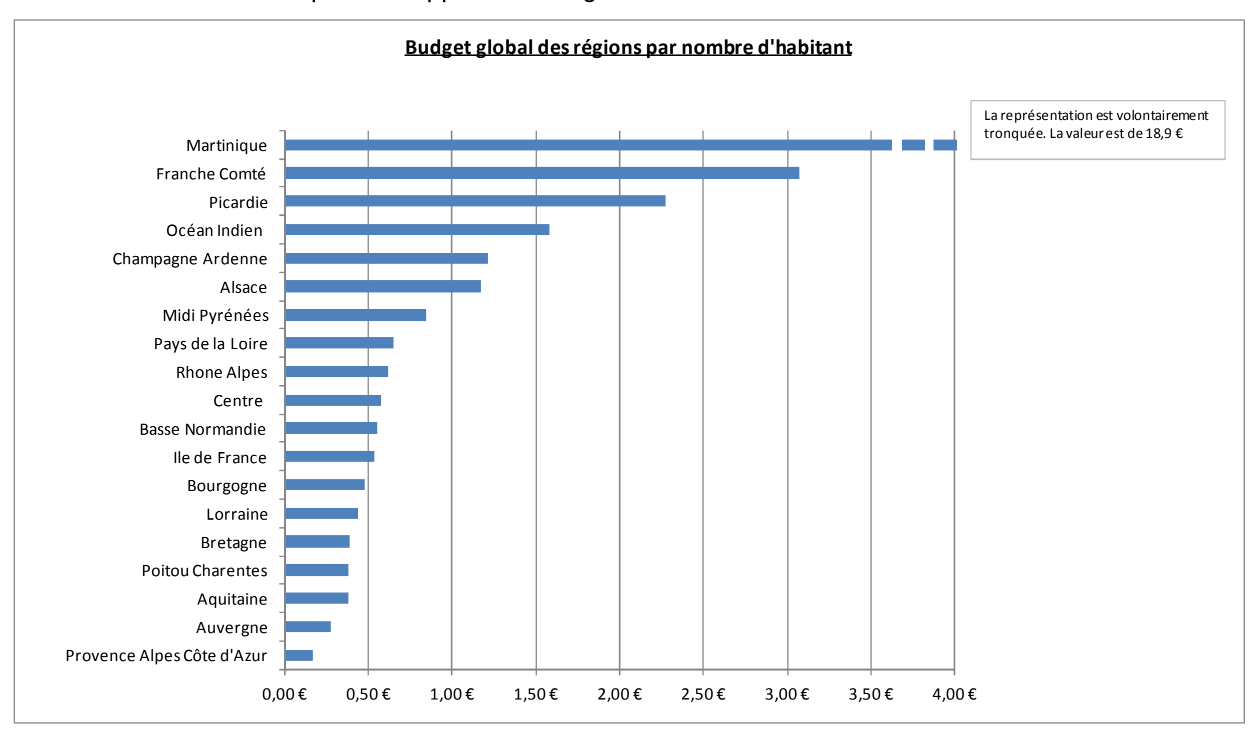
Aujourd'hui, les MOAR dans leur ensemble disent disposer pour l'immédiat des moyens dont elles ont besoin.

Néanmoins, l'absence d'évaluation fine des besoins réels au regard des engagements pris sur les plannings ne permet pas de confirmer qu'elles sauront, avec ces moyens actuels, délivrer effectivement les projets.

Notamment, le besoin pour déployer sur le terrain et accompagner le développement des usages est rarement pris en compte.

3.5.3 De fortes disparités d'une région à l'autre

L'histoire des MOAR et les contextes locaux induisent de fortes disparités lorsque l'on rapporte le budget des MOAR au nombre d'habitants :



Le budget par habitant va de 19€ en Martinique à 0,17€ en région PACA pour 19 régions dont les données ont été exploitables[17] :

[17] Le budget global n'est pas disponible pour les régions Limousin et Haute-Normandie. Les données INSEE pour l'Océan Indien sont uniquement celles de la Réunion.

	Population (Données INSEE 2009)	Budget global	Budget global par habitant
Provence Alpes Côte d'Azur	4 889 053	831 000	0,17
Auvergne	1 343 964	373 252	0,28
Aquitaine	3 206 137	1 209 830	0,38
Poitou Charentes	1 760 575	666 138	0,38
Bretagne	3 175 064	1 229 000	0,39
Lorraine	2 350 112	1 034 036	0,44
Bourgogne	1 642 440	785 196	0,48
Ile de France	11 728 240	6 289 486	0,54
Basse Normandie	1 470 880	808 392	0,55
Centre	2 538 590	1 460 837	0,58
Rhone Alpes	6 174 040	3 800 000	0,62
Pays de la Loire	3 539 048	2 288 840	0,65
Midi Pyrénées	2 862 707	2 410 604	0,84
Alsace	1 843 053	2 153 591	1,17
Champagne Ardenne	1 337 953	1 624 162	1,21
Océan Indien	816364	1 290 000	1,58
Picardie	1 911 157	4 350 000	2,28
Franche Comté	1 168 208	3 590 000	3,07
Martinique	396 404	7 500 000	18,92

En synthèse

Le budget des MOAR qui a doublé entre 2009 et 2011 révèle la prise de conscience de l'importance stratégique du sujet

Les MOAR aujourd'hui : 255 ETP et environ 48,7M€ dont

- 42 M€ pour le budget d'investissement projets (86%) ;
- 6,7 M€ pour le budget de fonctionnement (14%).

Les ARS sont le financeur principal des structures comme des projets

- financement global de la structure : 49% ARS, 24% les membres, 21% ASIP Santé, 6% autres ;
- financement des projets : 47% ARS, 28% ASIP Santé, 16% les membres, 9% autres.

Les moyens suffisent aux MOAR pour l'immédiat mais l'absence d'évaluation fine des besoins au regard du nombre et des plannings des projets ne permet pas de confirmer qu'elles auront les moyens de délivrer, notamment en phase de déploiement et d'accompagnement des usages.

Rapportés à la population de chaque région, les moyens financiers sont très inégaux

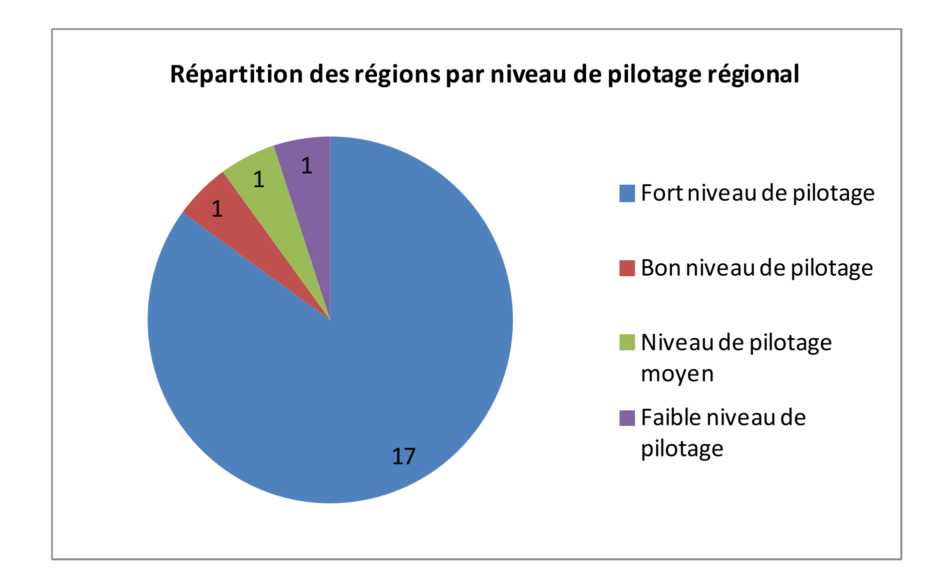
Le budget par habitant allant de 19€ en Martinique à 0,17€ en région PACA.

3.6 Une articulation renforcée entre les ARS et les MOAR selon des modalités tendant à s'uniformiser

L'étude a permis de construire un indice estimant le niveau de pilotage régional en interrogeant les ARS et les MOAR sur l'existence :

- D'un CPOM
- D'une feuille de route formalisée avec l'ARS
- Du soutien des partenaires régionaux
- D'une gouvernance claire stratégique/opérationnelle
- D'une instance stratégique régionale
- De l'alignement stratégique entre l'ARS et la MOAR/GCS.

Cela a permis de constater que la grande majorité des MOAR répondait[18] par l'affirmative à ces critères démontrant ainsi un pilotage régional de plus en plus visible utilisant les leviers classiques à la disposition de l'ARS.



Le niveau de pilotage par l'ARS est fort dans les régions. Il se matérialise par une contractualisation réalisée ou en cours de réalisation, un pilotage stratégique par l'ARS, une clarification des rôles et un alignement de plus en plus fort entre les objectifs de l'ARS et ceux de la MOAR.

Les graphiques suivants soulignent sans ambiguïté la place prise par les ARS dans le pilotage de la politique en matière de SIS.

En effet, les ARS ont pris conscience des enjeux autour des SI de santé et ceux-ci sont désormais considérés par la majorité des ARS comme une composante à part entière de leur stratégie.

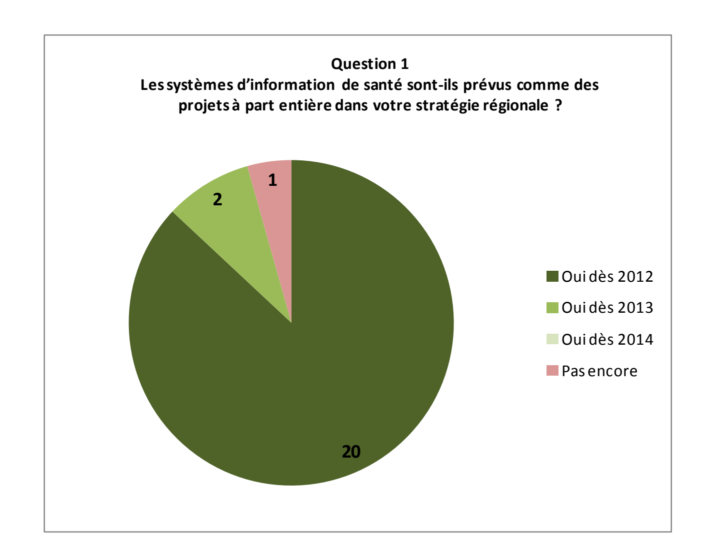
20 ARS sur 23[19] considèrent ainsi que les SI de santé sont des projets à part entière de leur stratégie régionale dès 2012.

18 L'indice n'a pu être calculé pour la Martinique.

19 Pour rappel, seules les ARS Languedoc-Roussillon, Guadeloupe et Guyane n'ont pas répondu au questionnaire en l'absence de structure de MOAR opérationnelle.

L'entrée en jeu des ARS sur le sujet SI de santé est évidente à partir de 2011.

Les SI de santé sont désormais un élément de la stratégie régionale.



Source : analyse de la question 1 du questionnaire adressé aux ARS

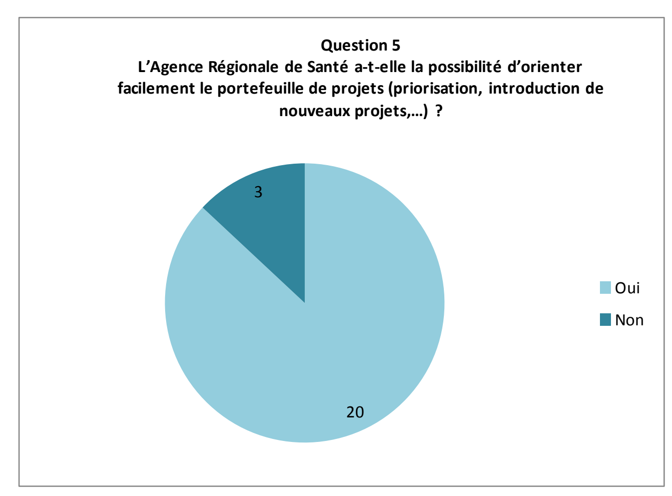
L'entrée en jeu des ARS sur le sujet SI de santé est évidente à partir de 2011. Il n'a donc pas fallu plus d'un an à la plupart des ARS depuis leur naissance en avril 2010 pour s'emparer de ce nouveau champ de compétences. Elles ont eu à cœur de prendre en main la politique régionale de SI en s'appuyant sur les MOAR. Leur objectif a été de pouvoir s'en servir comme d'un relai opérationnel tout en ménageant l'autonomie de gestion opérationnelle de la structure GCS.

La marge de manœuvre des MOAR en dehors de l'ARS est étroite. Elle ne peut s'envisager qu'à la condition que ces membres soient prêts à investir.

Les régions ne disposent pas toutes d'un Schéma Directeur des SI mais elles ont défini pour la plupart d'entre elles une feuille de route SI confiée à la MOAR. Cette feuille de route concerne au moins la télémédecine puisque ce programme doit figurer au PRS (Programme Régional de Télémédecine).

Dans la grande majorité des cas, les ARS définissent au moins une feuille de route pour la MOAR en lui laissant une marge d'autonomie pour répondre aux demandes spécifiques de ses membres, charge à la MOAR de trouver les financements correspondants.

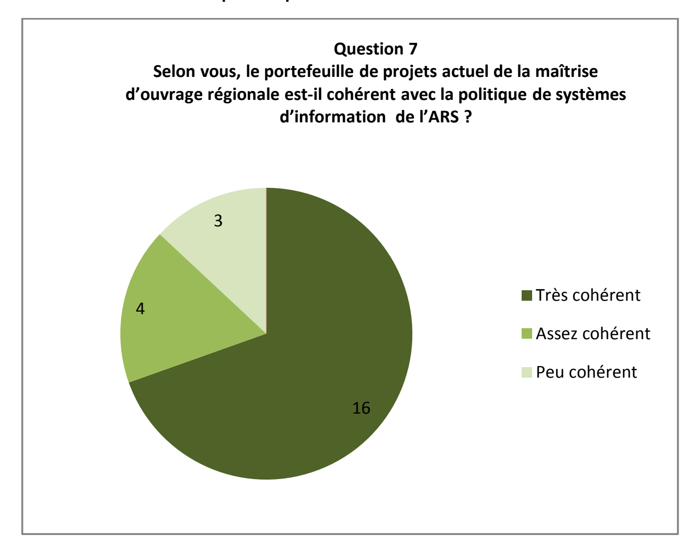
20 ARS sur 23 estiment aujourd'hui avoir la possibilité d'orienter facilement le portefeuille de projets de leur MOAR et mener ainsi les projets régionaux que l'ARS souhaite voir mener.



Source : analyse de la question 5 du questionnaire adressé aux ARS




De surcroît, 16 ARS sur 23 considèrent que le portefeuille de projets est très cohérent avec la politique SI de l'ARS.



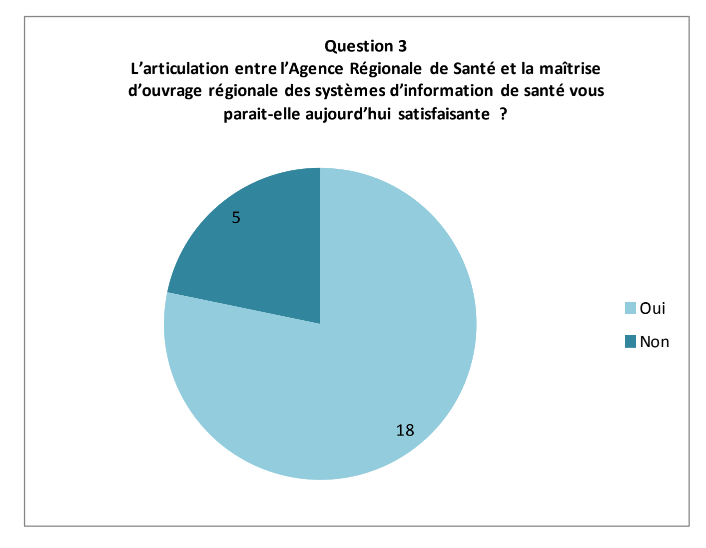
Source : analyse de la question 7 du questionnaire adressé aux ARS

18 régions sur 23 disposent d'une instance de gouvernance stratégique régionale des SI de santé, externe à la MOAR et pilotée par l'ARS.

Les ARS sont nombreuses également à souligner qu'elles attendent désormais des résultats tangibles sur le terrain. Dans cette logique, les ARS créent toutes progressivement une instance stratégique des SI de santé qu'elles pilotent.

Cette instance réunit les représentants des acteurs de santé et notamment les acteurs stratégiques et influents politiquement (les fédérations notamment) ; l'administrateur du GCS en est membre et le directeur de la MOAR y est généralement convié.

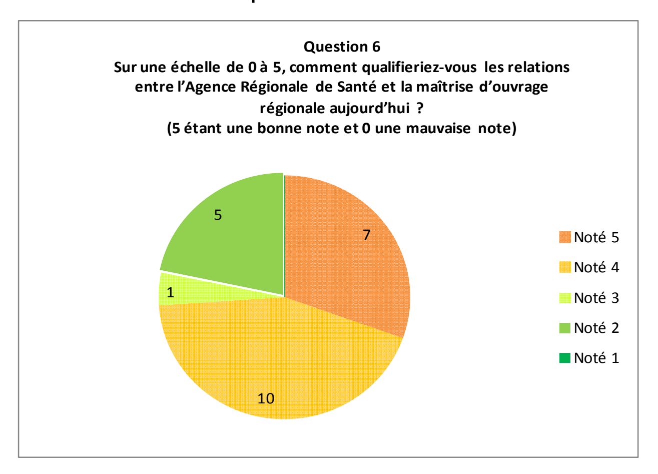
Si la récente prise en main du sujet SI de santé par les ARS est générale et visible, elle se fait à un rythme et dans un contexte propres à chaque région. Parfois source de crispation, cette prise en main très nette donne majoritairement aujourd'hui satisfaction.



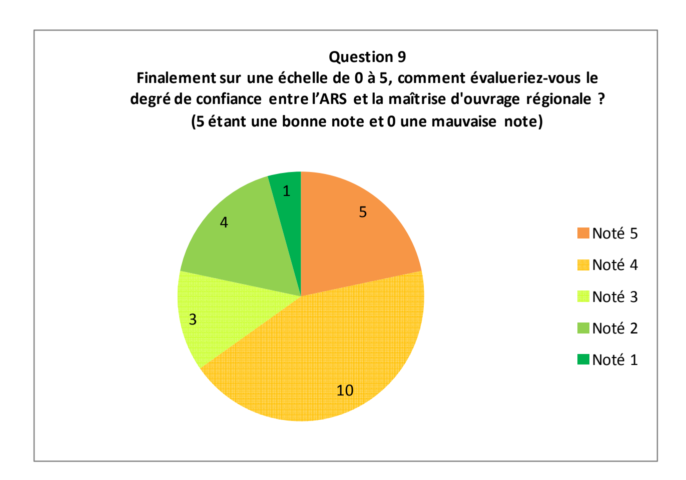
Source : analyse de la question 3 du questionnaire adressé aux ARS

18 ARS sur 23 considèrent que la relation avec leur MOAR est satisfaisante et que le niveau de confiance est élevé.

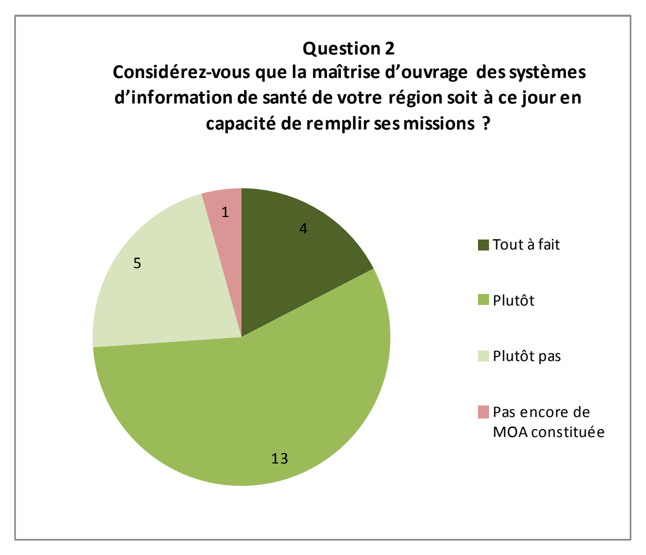
Ainsi, 18 ARS sur 23 estiment aujourd'hui que l'articulation entre ARS et MOAR est satisfaisante et que le niveau de confiance est élevé.



Source : analyse des questions 6 (supra) et 9 (ci-dessous) du questionnaire adressé aux ARS



Par ailleurs, le point de vue des ARS est variable quant à la capacité des MOAR à remplir leurs missions.



Source : analyse de la question 2 du questionnaire adressé aux ARS




Ainsi, 16 ARS sur 23 estiment les MOAR capables de mener leurs projets en cohérence avec les orientations de l'ARS.

Il convient de préciser qu'il s'agit non seulement de réaliser les projets avec succès mais également de susciter l'adhésion et développer les usages sur le terrain, ce qui n'est pas considéré selon les entretiens avec les ARS comme le point fort des MOAR.

La contractualisation étant récente et en cours de généralisation, les ARS n'ont pas toutes encore l'outil pour exiger des résultats et obtenir un reporting régulier sur l'avancement des travaux. Elles ont conscience de miser sur des structures qu'elles ne maîtrisent qu'en partie.

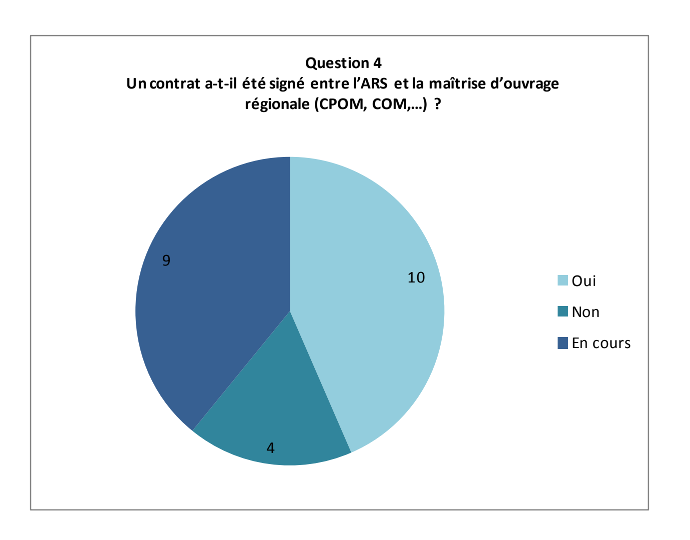
De rares ARS ont souligné regretter lors des entretiens n'avoir pu internaliser la MOAR.

Pour développer un lien étroit et être en mesure d'obtenir un contrôle de la stratégie mise en œuvre par la MOAR, les ARS utilisent l'outil contractuel prévu pour l'allocation de dotations MIGAC et qui leur est familier : le CPOM ou un « engagement contractuel spécifique » (suffisant dans le cadre d'un GCS de moyens).

Il leur paraît un bon moyen de poursuivre le pilotage stratégique des MOAR tout en ménageant des espaces d'autonomie à celles-ci.

Face à la montée en compétences des MOAR, la fonction de « chargé de mission des systèmes d'information » (CMSI) en ARS est fortement sollicitée pour exercer opérationnellement la tutelle sur la politique des SIS.

Le suivi de la contractualisation entre ARS et MOAR sera de sa responsabilité.



Source : analyse de la question 4 du questionnaire adressé aux ARS

Ainsi, 14 ARS sur 23 ont contractualisé avec leur MOAR ou sont en cours de contractualisation.

Toutefois, la prise en main par les ARS implique qu'elles disposent elles aussi des moyens, des compétences et des ressources suffisantes pour exercer leur rôle de tutelle. La fonction de « chargé de missions systèmes d'information » (CMSI) en ARS est chargée de suivre l'avancement des projets SI confiés à la MOAR et d'en évaluer la qualité et la pertinence.

L'augmentation du niveau d'exigence pour la fonction de CMSI devrait être parallèle au renforcement des MOAR.

La réussite dans ce rôle passe par un bon alignement entre le DGARS, les membres des directions de l'agence et le CMSI.

La fonction de CMSI, face à la montée en compétences des MOAR, semble parfois isolée au sein de l'agence et devrait être assurée par un profil pluridisciplinaire se situant davantage au niveau de la stratégie des systèmes d'information que de l'opérationnel.

Le CMSI devrait idéalement maîtriser le pilotage des SI, la démarche d'urbanisation, les méthodes de pilotage des programmes SI, avoir des connaissances actualisées en architecture et technologies et une capacité à évaluer le ROI des projets. Par ailleurs, il doit être l'un des principaux relais des programmes et référentiels nationaux qui doivent être mis en œuvre. L'exigence pour ce profil est donc élevée.




La montée en puissance des MOAR peut entraîner un déséquilibre entre le niveau de responsabilité de la tutelle et les moyens objectifs pour l'exercer.

Or, dans certaines ARS, y compris dans les grandes régions, cette fonction est non seulement assurée par une seule ressource (CMSI sans équipe) mais elle semble également « coupée » de la direction générale de l'ARS.

De son côté, la MOAR dispose de ressources en quantité souvent bien supérieure, bénéficie d'une certaine souplesse dans les financements, et d'un appui hors ARS pour relayer son action grâce à sa bonne intégration dans le tissu régional institutionnel et économique. Il peut donc y avoir un fort déséquilibre entre le niveau de responsabilité de la tutelle et les moyens objectifs pour l'exercer.

Il paraît important de renforcer cette fonction au sein des ARS et de lui donner un appui par le niveau national. Un mouvement fort de régionalisation isolerait encore davantage l'exercice de la tutelle par les ARS au travers de la fonction de CMSI.

Une animation renforcée du réseau des CMSI et une mutualisation accrue des moyens d'appui de ces profils paraissent nécessaires dans la logique du renforcement du rôle de l'ARS.

En synthèse

Les ARS, pour investir le champ des SIS, ont eu à cœur de renforcer le lien avec les MOAR

L'entrée en jeu des ARS sur le sujet SI de santé est évidente à partir de 2011.

Le niveau de pilotage par l'ARS est fort dans toutes les régions. Il se matérialise par une contractualisation réalisée ou en cours de réalisation, un pilotage stratégique par l'ARS, une clarification des rôles et un alignement de plus en plus fort entre les objectifs de l'ARS et ceux de la MOAR.

La relation entre ARS et MOAR est satisfaisante dans la majorité des régions et la contractualisation devient le mode de régulation commun de cette relation.

La montée en puissance des MOAR peut créer un déséquilibre entre le niveau de responsabilité de la tutelle et les moyens objectifs pour l'exercer

La fonction CMSI va devoir monter en compétence afin d'être en capacité d'exercer la tutelle vis-à-vis d'une MOAR renforcée et face à la complexification des projets de SIS.

Son isolement et la limite de ses moyens dans la plupart des régions pourraient installer une relation déséquilibrée vis-à-vis de la MOAR et des membres des GCS.

Un mouvement fort de régionalisation isolerait encore davantage l'exercice de la tutelle par les ARS au travers de la fonction de CMSI.

Il paraît donc important de renforcer cette fonction au sein des ARS, et de l'inscrire davantage dans un réseau animé par le niveau national afin de lui donner un appui, d'autant plus que les MOAR montent en puissance et que les ARS sont en attente de résultats visibles.

3.7 Chemin parcouru par les MOAR et risques perçus pour l'avenir

Chaque MOAR a été amenée à évaluer l'impact des risques suivants :

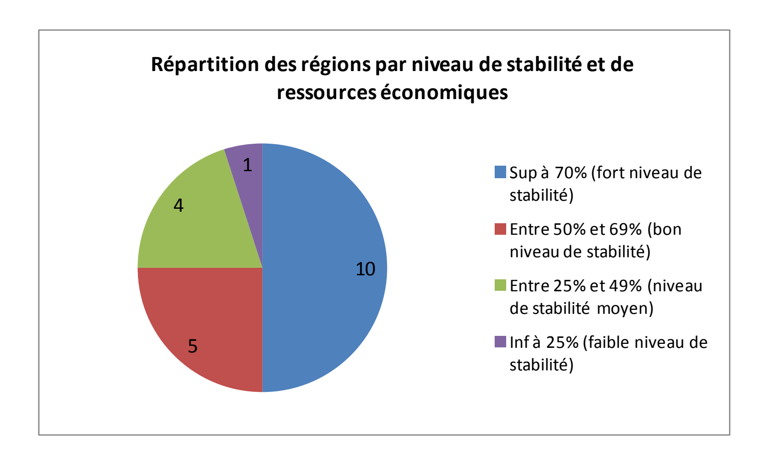
- Risques financiers ;
- Risques humains ;
- Risques liés à la gouvernance ;
- Risques liés au portefeuille de projets ;
- Risques liés à la communication et à la conduite du changement ;
- Risques « autres ».

3.7.1 L'insécurité économique, risque majeur

Le niveau de stabilité et de sécurité des ressources économiques des MOAR a été évalué en fonction de 4 critères :

- Le **partage de projets ou de ressources entre structures MOAR** : il est considéré que la mise à disposition et l'utilisation d'outils ou de ressources partagés est un facteur de stabilité pour les MOAR. En effet, le fait qu'un projet se déploie à une échelle dépassant celle d'une région permet à la MOAR à l'origine du projet de pérenniser son action et aux régions qui accueillent l'outil de minimiser les coûts de projet tout en maximisant leur capacité à déployer grâce à une meilleure focalisation sur cet aspect du projet ;
- Un **modèle de financement formalisé et stable sur 3 ans** : la MOAR a ainsi de la visibilité pour engager les travaux et pour obtenir des ressources compétentes ;
- La **diversité des financeurs qui permet de sécuriser les financements** : les contraintes financières qui pèsent sur les ARS inquiètent les MOAR comme les ARS. Sauf à recevoir un engagement de l'Etat sur la pérennisation du niveau de financement, les MOAR doivent répartir les sources de leur financement entre plusieurs financeurs ou « inventer » de nouveaux modèles économiques ;
- **L'ancrage, la reconnaissance et la légitimité** : des projets réussis avec un usage avéré sur le terrain sont de nature à rassurer les financeurs sur l'intérêt de financer les MOAR mais ne suffisent pas. Il convient d'ajouter une dimension supplémentaire en suscitant le soutien effectif de décideurs régionaux. Cela « protège » la MOAR et permet de l'aider à intercéder auprès de financeurs régionaux ou autres.

L'enquête a permis de positionner les MOAR au regard de ces quatre critères. Il en résulte la production d'un indice de stabilité et de sécurité économiques. Selon l'indice valorisé, les MOAR présentent un niveau de stabilité des ressources modéré.



Ainsi, 15 MOAR sur 20[20] disposent d'un bon niveau de stabilité des ressources.

En revanche, MOAR et ARS pointent toutes comme un des risques majeurs, la diminution soudaine de leurs ressources de financement du fait des revirements possibles dans les orientations de politiques publiques. Les changements de cap sur le déploiement du DMP et l'inquiétude actuelle quant à la pérennisation de ce programme viennent presque toujours illustrer le propos lors des entretiens.

Les MOAR évoquent toutes lors des échanges la question de leur modèle économique. Elles confirment leurs inquiétudes puisque le risque financier domine largement les autres :

Le risque financier est le principal risque perçu par toutes les MOAR et confirmé lors des entretiens par les ARS.

- Pour 9 MOAR sur 20[21], le risque financier est considéré comme ayant un impact très fort à terme ;
- 4 MOAR sur 20 considèrent le risque financier comme ayant un impact fort à terme ;
- 6 MOAR sur 20 considèrent le risque financier comme ayant un impact modéré à terme.

Cette inquiétude s'explique par le fait que les MOAR sont très dépendantes du financement des ARS et s'inquiètent de la pérennité de cette source de financement.

Par ailleurs, une corrélation est également observée entre le niveau de professionnalisation des MOAR et le niveau de l'indicateur de stabilité et de sécurité économiques. Ainsi, les régions qui présentent un niveau de professionnalisation faible à moyen sont également celles qui ressentent le plus fortement le risque économique.

Des échanges avec les MOAR, il se dégage les points suivants :

- Pour l'investissement, deux périodes sont à distinguer :
  - o la **période d'amorçage** des projets qui relève obligatoirement d'un modèle économique « administré » (subvention publique) puisque aucun service n'est disponible pour les utilisateurs et ne peut être facturé. Cette subvention doit nécessairement être couverte par les tutelles ou les programmes de financement (Europe, collectivités territoriales, ASIP Santé…) ;
  - o la **période de fonctionnement en « croisière »**, une fois la mise en production réalisée et dès la possibilité de mettre à disposition des utilisateurs un service opérationnel. A partir de cette période, un financement par les adhérents est envisageable (sous réserve d'acceptation de leur part).
- Pour le fonctionnement, le financement est souvent mixte (tutelles et adhérents).

Certaines régions s'interrogent sur la pertinence d'un modèle économique fondé sur un autofinancement par les membres utilisateurs.

[20] L'indice n'a pu être calculé pour la Martinique.

[21] La région Limousin n'a pas répondu aux questions sur les risques.




Un modèle économique de fonctionnement des MOAR qui serait fondé sur un auto-financement par les membres et un financement des services à l'usage, semble peu réaliste.

Plus les projets seront innovants et impacteront ainsi les pratiques de soins, plus leur temps d'incubation sera important et plus l'investissement dépendra d'un financement public stable.

En effet, les MOAR qui ont déjà travaillé sur la question du modèle économique pour des projets lourds, innovants et impliquant fortement les industriels (exemple du PACS), pointent en effet l'importance du temps d'incubation de ces projets avant d'être en mesure de proposer des services payants en fonction de l'usage par exemple. Ce délai est d'autant plus long que les technologies sont innovantes et bousculent les pratiques médicales. Or, il est probable que les adhérents financeront difficilement des projets dont la mise en service est lointaine.

Pour ces régions, il est donc illusoire et même dangereux dans le contexte réglementaire actuel[22] de miser sur un autofinancement grâce à la vente de services car cette logique pourrait inciter à privilégier des projets peu innovants pour obtenir des résultats rapides facilement « vendables ».

Quoi qu'il en soit, il reste à voir comment ce modèle d'auto-financement partiel trouvera écho auprès des adhérents compte tenu de leurs contraintes financières.

Sans minimiser ce poste de recettes, les MOAR considèrent en conséquence qu'il ne peut remettre en question le besoin de financements publics stables qui resteront nécessairement majoritaires (modèle « administré »).

Les MOAR sont des structures « jeunes » à la recherche d'un modèle économique qui leur donnerait de la stabilité et donc de la visibilité sur leur pérennité. Pour les assister dans cette réflexion, certaines MOAR comme certaines ARS souhaiteraient pouvoir s'appuyer sur le niveau national et citent explicitement la DSSIS, l'ASIP Santé, la DGOS et plus rarement la CNAM-TS pour les y aider.

La préoccupation sur les ressources humaines est le 2ème risque identifié.

8 MOAR sur 20 considèrent que le risque humain a un impact très fort ou fort alors que 11 MOAR considèrent qu'il a un impact modéré à faible.

3.7.2 Des facteurs de risque non financiers

Le risque humain est le 2ème risque perçu comme le plus impactant pour les MOAR.

La préoccupation sur les ressources est variable d'une région à l'autre. Selon la localisation, il est en effet plus ou moins aisé de recruter des profils au niveau recherché et de les conserver dans des structures dont la pérennité est incertaine. Les MOAR ont également conscience que compte tenu de leur taille, le départ de ressources clés peut les déstabiliser.

Le risque lié à la gouvernance n'est pas perçu comme majeur. Toutefois, 5 MOAR sur 20 considèrent qu'il existe un impact fort à très fort sur la **gouvernance**.

Pour celles-ci, le niveau de risque a plusieurs explications :

- Mobiliser les acteurs d'une région et les fédérer autour de l'e-santé requiert des compétences et des savoir-faire dont les MOAR ne sont pas toutes dotées. Par ailleurs, il s'agit d'équilibres fragiles qu'il convient de maintenir sur la durée.

[22] Il n'y a pas d'obligation réglementaire pour un professionnel de santé ou un établissement de santé d'adopter une technologie, un outil ou de s'équiper en matière de SI. Dans ce contexte, les pionniers risqueraient de payer au prix fort les investissements au bénéfice des suiveurs qui paieront le coût marginal. Cette situation n'incite pas les adhérents à payer un service encore mal défini.




Le risque sur la gouvernance n'est pas perçu par la majorité des MOAR.

Néanmoins, la plupart n'ont pas encore atteint un stade d'évolution de leur gouvernance qui leur permet d'appréhender la difficulté liée à l'augmentation du nombre et de la diversité de leurs membres.

- Faire fonctionner des MOAR ne va pas être simple avec l'élargissement du nombre d'adhérents et l'augmentation des besoins des adhérents. Dans ce contexte, le GCS sera-t-il un outil facile à manipuler pour définir les orientations, constituer et mettre à jour le portefeuille de projet ?
- Il ne sera probablement pas évident de concilier les besoins des adhérents et ceux de l'ARS surtout pour les MOAR qui jusqu'à récemment disposaient d'une autonomie certaine par rapport à l'ARS. Toute la question sera de mobiliser les adhérents dans ce nouveau contexte afin qu'ils s'approprient ce changement de paradigme.

Les MOAR n'identifient pas de réelle situation de risques sur les domaines suivants :

- **Portefeuille de projets** : Le portefeuille de projets n'est pas perçu comme un facteur de risque. Seules 4 MOAR sur 20 considèrent que ce risque a un impact fort. Les MOAR n'ont pas pris la pleine mesure du risque que constitue la taille de leur portefeuille de projets, estimant qu'elles parviendront à le maîtriser. Il est probable qu'elles sous-estiment l'impact du non-respect des engagements vis-à-vis de leurs adhérents et de leur tutelles ;
- **Communication et conduite du changement** : les MOAR ont soit recruté des compétences dans ce domaine soit s'organisent pour traiter ce domaine. Le risque est donc a priori maîtrisé pour l'état d'avancement actuel des projets (importance des nouveaux projets et des projets à démarrer). Il conviendra d'être vigilant sur ce point. En effet, il y a un enjeu fort autour de la communication et de la conduite du changement afin d'être en mesure de mobiliser et fédérer les acteurs, de déployer les usages de manière durable sur le terrain, raison d'être de ces projets. Ce problème apparaîtra au moment du déploiement à grande échelle des projets structurants (DMP, ROR, Trajectoire, messagerie sécurisée, …) ;
- **Organisation et méthodologie de travail** : les efforts réalisés ces dernières années sur les plans de l'organisation et de la méthodologie de travail expliquent que ce risque soit perçu comme faible par les MOAR. Sauf exception, ce n'est pas un sujet pour les MOAR.

Dans l'état actuel de l'avancement des projets, le besoin d'accompagnement des usages et de conduite du changement de grande envergure, n'apparaît pas dans la majorité des régions.

Ce point doit rester une vigilance car l'accompagnement des usages est la condition du déploiement à grande échelle des projets structurants (DMP, ROR, Trajectoire, messagerie sécurisée, …).

En synthèse

Les MOAR comme les ARS identifient le risque financier comme le risque majeur, suivi du risque sur la disponibilité des ressources humaines

Cette inquiétude s'explique par le fait que les MOAR sont très dépendantes du financement des ARS et s'inquiètent de la pérennité de cette source de financement.

Les ARS évoquent elles aussi le risque de restriction de leurs moyens de financement alors que les projets montent en charge et réclament des moyens pérennes et en augmentation.

<u>Un modèle économique alternatif dans une économie « administrée » reste difficile à trouver</u>

Un modèle économique de fonctionnement des MOAR qui serait fondé sur un auto-financement par les membres et un financement des services à l'usage, semble peu réaliste.

Plus les projets seront innovants et impacteront ainsi les pratiques de soins, plus leur temps d'incubation sera important et plus l'investissement dépendra d'un financement public stable.

Si la part de l'autofinancement peut se développer, elle restera toujours minoritaire.

Le besoin d'un financement stable, perçu comme pérenne et « prévisible », est la condition du bon fonctionnement des MOAR.





4 Conclusion

A l'issue de cette étude, en quoi peut-on dire que le paysage des SI de santé s'est mis en place en région tel qu'il a été formalisé par les pouvoirs publics (ministère de la santé, DSSIS, ASIP Santé) ? En quoi a-t-on atteint l'objectif fixé en 2009 par le concept d'Espace Numérique Régional de Santé :

« Clé de voûte de l'ENRS, la maîtrise d'ouvrage devra être consolidée afin d'assurer un développement des usages, de rendre possible l'émergence d'une offre industrielle et une gestion optimisée des ressources publiques. Pilotée sur le plan stratégique (ARS, URPS …) la MOA rassemblera les expertises SI et métier permettant de porter un portefeuille de projets suffisant, selon un calendrier réaliste (paliers), et ainsi démultiplier ses actions au cœur des bassins de santé.

Enfin, la maîtrise d'ouvrage prend une forme juridique adaptée à la participation d'acteurs publics et privés et au financement au long cours des projets dont elle a la charge. Elle favorise le recours à des solutions industrielles standards et mutualisées avec d'autres territoires.

A ces conditions la maîtrise d'ouvrage régionale assurera pleinement son rôle, au service de l'Espace Numérique Régional de Santé. »[23]

La présente étude permet un premier niveau de réponse qui devra être consolidé dans les prochaines années.

4.1 Le concept d'ENRS est-il mis en œuvre en région ?

4.1.1 Un pilotage stratégique par l'ARS

Le premier fait marquant de cet état des lieux est la prise en main par les ARS du sujet des SI de santé dans l'année qui a suivi leur mise en place en avril 2010.

Alors que les autres chantiers qui s'ouvraient à elles étaient variés et complexes (restructuration de l'offre de soins et de l'offre médico-sociale, chantier d'organisation et de conduite du changement internes, etc.), les ARS se sont malgré tout emparées de ce champ nouveau. Pour plusieurs d'entre elles, cette prise en main est passée par l'implication personnelle et visible de leur Directeur Général.

La plupart des MOAR, de leurs membres et des administrateurs font d'ailleurs spontanément remarquer que sans une implication forte des DGARS, la mise en place des nouvelles structures MOAR n'aurait pas été possible.

Dans un secteur d'activité où les SI sont souvent relégués loin dans les préoccupations des dirigeants, ce fait est remarquable à lui seul.

Il témoigne d'une évolution des mentalités qui ouvre des perspectives nouvelles et du chemin parcouru en quelques années dans la sensibilisation des acteurs de santé à la dimension stratégique des SI.

Ce chemin n'aurait pas non plus pu se faire sans l'action de l'ASIP Santé au travers de ses missions (la définition de référentiels nationaux, la maîtrise d'ouvrage et le déploiement du DMP et le financement de projets concourant à son objet) et en attendant la mise en œuvre opérationnelle de la DSSIS début 2012. Son action s'est également traduite par un travail de mobilisation et d'animation des acteurs au niveau national et régional, diffusant ainsi par une communication renforcée progressivement les principes à mettre en œuvre.

[23] *Fiche de l'ASIP Santé sur les ENRS – Juillet 2010*




Dans ce contexte, la nécessité d'une MOA opérationnelle capable de piloter la mise en œuvre des projets de SI de santé, sous pilotage stratégique des ARS, n'est plus questionnée.

La première condition de l'ENRS est bien remplie puisque toutes les régions ont créé une MOAR dont les ARS sont les véritables pilotes.

Au-delà de la création d'une MOAR dans la majorité des régions, la prise en main par les ARS est sensible à plus d'un titre. Elle s'exprime dès aujourd'hui particulièrement par :

- la définition d'une véritable feuille de route qui structure en grande partie le portefeuille de projets des MOAR ;
- un effort de financement à une hauteur jamais atteinte jusqu'à ce jour bien qu'il puisse être jugé insuffisant pour adresser les besoins du système de soins ;
- une implication dans la gouvernance de la MOAR comme un lieu où se prolonge la démarche de démocratie sanitaire mise en œuvre pour définir le PRS, l'ARS jouant ainsi son rôle stratégique ;
- une exigence de plus en plus forte portant sur les livrables et les résultats (usages) ;
- une contractualisation avec les MOAR qui se traduit par un CPOM, un « engagement contractuel spécifique » ou une simple lettre d'objectifs.

Si cette évidente prise en main par les ARS des SI de santé a entraîné parfois des tensions parmi les membres de la MOAR, elle est générale. Elle peut prendre certes des tours divers selon les régions mais elle n'est plus vraiment contestée.

Les ARS expriment des attentes très fortes de clarté sur les orientations des politiques publiques et sur le mode d'emploi de leur mise en œuvre.

Les ARS se servent désormais des SI de santé comme d'un levier au service de la politique de santé et donnent ainsi une nouvelle dimension au rôle stratégique que leur confère la loi HPST. Cette orientation devrait logiquement encore s'affirmer.

Néanmoins, à ce stade de l'évolution des ARS, une question de fond reste posée, résumée par un DGARS :

« *L'objectif à atteindre ne paraît pas clair. Sur quoi serons-nous évalués ? Sait-on même si la réussite des SI de santé sera un des éléments de l'évaluation du DGARS ? Si oui, quel projet est important dans cette évaluation ?* ».

En ce sens, les ARS expriment des attentes très fortes de clarté sur les orientations des politiques publiques et sur le mode d'emploi de leur mise en œuvre.

4.1.2 Une forme juridique adaptée à la participation d'acteurs publics et privés

La deuxième condition de l'ENRS est aussi remplie puisque toutes les régions disposent d'une MOAR ayant un statut juridique adapté à la participation d'acteurs publics et privés et au financement au long cours des projets dont elle a la charge.

Le statut de GCS de moyens de droit privé n'est pas le statut idéal pour apporter l'agilité dont la gestion des projets de SI a besoin car l'augmentation des membres en fait davantage une structure de représentation qu'une structure opérationnelle.

Cependant, comme l'étude l'a montré, le statut GCS de moyens de droit privé est une forme qui permet indiscutablement la participation d'acteurs publics et privés de la santé. Or cette fédération, cette capacité à mobiliser, est un élément essentiel du savoir-faire de la MOAR.

En effet, les ARS faisant de la politique SI régionale un des axes de leur politique de santé (les SI de santé sont souvent un volet du PRS), elles pilotent les SI de la même manière que les autres sujets dont elles ont la charge : par consultation, implication progressive de tous les acteurs de la santé, négociation, financement et contractualisation in fine sur des engagements de résultats ou d'actions.

La gouvernance de l'ENRS s'organise à deux niveaux :

- **Stratégique, pilotée par l'ARS et qui est de plus en plus en miroir de l'instance de démocratie sanitaire de la région**
- **Opérationnel, sous contrôle plus ou moins fort de l'ARS.**

L'organisation de la gouvernance de l'e-santé en région est ainsi en train de devenir le miroir de l'instance de démocratie sanitaire de la région. Avec le même intérêt (participation des acteurs) et la même limite (difficulté à allier décision démocratique et efficacité opérationnelle).

Les réflexions sur la gouvernance, accélérées grâce au programme Emergence piloté par l'ASIP Santé, sont ainsi révélatrices d'un mouvement qui va organiser la gouvernance de l'e-santé sur deux niveaux :

- le **niveau stratégique** réunissant tous les représentants des acteurs de la santé avec une représentation indirecte via les fédérations, syndicats, associations, URPS… et organisé au sein d'une instance externe à la MOAR représentant les membres et non membres ;
- le **niveau opérationnel** réunissant les membres au sein des instances de gouvernance du GCS.

Ainsi, la maîtrise d'ouvrage dessinée en 2010 s'est bien mise en place à deux niveaux (stratégique et opérationnel), avec un pilotage plus ou moins direct et plus ou moins affirmé de l'ARS selon les régions.

4.1.3 Une première étape vers un financement au long cours

C'est parce que **l'ARS assure le pilotage stratégique de la e-santé qu'elle va permettre le financement de projets au long cours**. Une structure qui se lancerait dans des projets de SI de santé sans cet appui aurait toutes les chances d'être rapidement paralysée.

C'est le pilotage stratégique de l'ARS, son implication et la contractualisation qu'elle impose qui assureront la possibilité d'un financement stable et au long cours des projets.

En effet, seule l'ARS a la capacité et la légitimité de valider les décisions stratégiques et d'inscrire dans le temps les projets.

Seule l'ARS a la capacité et la légitimité de valider les décisions stratégiques et d'inscrire dans le temps les projets. L'ancrage dans la politique régionale portée par l'ARS est la meilleure garantie apportée aux structures de MOAR de mener à bien leur projet « au long cours ».

Cependant, le **risque majeur évoqué est celui de l'instabilité économique** tandis que le financement par l'ARS représente 50% du budget des MOAR et que les interrogations sur les modèles économiques se font jour. Ces modèles ne sont encore ni trouvés ni stabilisés et il est sans doute peu réaliste de miser sur une part d'auto-financement majoritaire.

Pressées de voir des résultats et sous contraintes économiques fortes, les ARS manifestent déjà une certaine impatience pour voir les projets se mettre en route puis délivrer des usages.

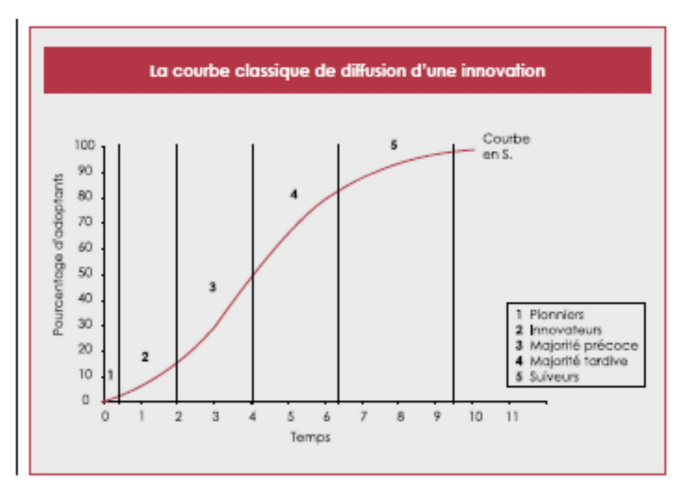
Or, il y a un pas, complexe à franchir, entre la phase « projet » et le déploiement des usages d'autant que les pratiques de soins reposent sur des choix individuels libres, qui appartiennent aux professionnels de santé, et qu'il manque encore au sein des MOAR des compétences capables de déployer des projets de grande envergure et pour accompagner le développement des usages.

La première étape est franchie mais l'impatience des ARS se fait déjà sentir d'autant plus qu'elles font face elles aussi aux contraintes financières.

Cette crainte fragilise la politique de l'e-santé.

Il importe de sensibiliser les ARS et les tutelles au « temps des projets » de transformation, surtout quand ils touchent aux pratiques de soins, temps qui est différent du « temps politique ».

On rappellera le paradigme connu de la diffusion des technologies qui concerne aussi l'e-santé, qui se représente par la courbe en « S » ci-dessous :



Les analyses sociologiques et marketing nous enseignent qu'en général il faut douze ans minimum pour une possible généralisation d'une innovation lorsqu'elle touche aux habitudes culturelles profondes des individus.

Ainsi, à titre d'illustration, il est utile de rappeler les délais mesurés depuis la création/diffusion à la généralisation de leur usage des innovations qui nous semblent aujourd'hui familières.





En revanche, la 3ème condition de l'ENRS n'est pas remplie : les MOAR ne rassemblent pas encore « les expertises SI et métier permettant de porter un portefeuille de projets suffisant, selon un calendrier réaliste (paliers), et ainsi démultiplier ses actions au cœur des bassins de santé » (cf. fiche ENRS supra).

Le portefeuille est sans doute suffisant mais il est raisonnable d'émettre des doutes sur le calendrier de déploiement des usages.

C'est sans aucun doute un défi pour les MOAR comme pour les ARS.

Il aura fallu :

- 12 ans pour passer du téléphone mobile 1ère version 1985 (Radiocom) à une masse critique de téléphones mobiles GSM en 1997 ;
- 13 ans pour passer de l'invention de la Monétique et de la 1ère Carte Bleue à la généralisation de la Carte à Puce de Crédit par une masse critique de porteurs ;
- 13 ans pour passer des premières expérimentations de cartes en 1984 aux premières diffusions de cartes VITALE en 1998 et 10 autres années pour que l'usage en devienne significatif en atteignant le palier symbolique d'1 milliard de FSE (feuilles de soins électroniques) transmises par plus de 256 000 professionnels de santé.

L'enjeu pour les ARS en s'appuyant sur la MOAR est donc de raccourcir le cycle d'adoption et de propager l'innovation plus rapidement.

En effet, ce n'est qu'aux stades d'adoption 4 et 5 qu'on observera un impact réel sur la prise en charge de la population et sur l'économie du système de santé. C'est aussi la condition pour qu'une activité industrielle puisse se développer durablement et assurer innovation technologique et baisse des prix relativement à la valeur ajoutée délivrée, selon une logique d'industrialisation des SI de santé.

4.2 Le risque d'un retour de la régionalisation des SI de santé

La politique publique mise en place à partir de 2009 devait préserver les SI de Santé de plusieurs dangers pointés du doigt par les différents rapports visant à relancer une stratégie nationale des SI de santé :

- La non-interopérabilité des SI de santé rendant difficile voire illusoire la transversalité et la réalisation d'un parcours patient / résident fluide et coordonné ;
- L'inefficience en raison de la multiplication de systèmes régionaux voire locaux financés par chaque région alors même que les besoins sont identiques d'une région à l'autre ;
- L'émiettement des SI empêchant la constitution d'une offre d'outils robustes et provoquant le désintérêt de sociétés industrielles au profit de la poursuite de développements d'outils sur un mode artisanal et local ;
- L'insuffisance de compétences de pilotage des projets tant au niveau national que régional ;
- L'incapacité qui en découle de mener à bien des projets structurants pour le système de soins et à dépasser le stade de l'expérimentation.

Il ne revient pas à la présente étude de tirer un bilan sur l'ensemble de ces points au vu de l'état des lieux effectué. Cependant, l'étude permet de pointer que certains de ces risques demeurent en raison du mode de fonctionnement des MOAR. En effet, plusieurs facteurs jouent en ce sens :

- la pression insufflée par les ARS afin d'obtenir des résultats peut avoir un effet « pervers » d'aller vers des solutions qui semblent à portée de main au détriment d'une réflexion plus globale, urbanisée, de la recherche de solutions mutualisées ou de l'adoption des modèles ou outils nationaux qui ne sont pas mis à disposition au rythme attendu par les régions ;

- les MOAR sont attachées au fait d'avoir la main sur leurs solutions, marquant la difficulté du passage d'un rôle de MOE à celui de MOA, certaines ARS les soutenant en ce sens ;
- certaines régions ont des systèmes déjà en production qu'elles ne veulent pas abandonner car cet abandon risquerait de casser la dynamique de l'usage qui en dépend, même si elles reconnaissent que cet usage est aujourd'hui mal évalué ;
- la gestion de la convergence vers un système cible cohérent avec les référentiels nationaux est complexe à gérer et demande des compétences d'urbanisation et de conduite du changement que peu de MOAR ont à leur disposition.

Le pilotage stratégique régional fort par l'ARS pourrait aboutir à une « hyper régionalisation » des SI de santé.

Seul un engagement réciproque clarifié entre les tutelles et opérateurs au niveau national, les ARS et les MOAR au niveau régional, permettrait d'éviter cette dérive par rapport aux objectifs initiaux.

L'appui de l'action par les tutelles et l'alignement entre niveau régional et national sont le facteur crucial de la réussite de la politique de l'e-santé.

Il s'installe une tension entre le niveau régional des SI de santé et le niveau national. Le niveau régional est pressé de voir des services opérationnels et des usages. Le niveau national doit mettre à disposition un certain nombre de référentiels (RASS, ROR, …) ou de services (messagerie sécurisée, DMP, DMP-DCC, SI Urgences, etc.) mais ne les produit pas au rythme souhaité par les régions car il est plus exigeant de le faire à un niveau national qu'au niveau local ou régional.

Il est en outre toujours difficile dans le secteur de la santé d'imposer un cadre et des référentiels nationaux hormis par la loi car le périmètre du « régalien » ne va pas de soi. Tout retard ou échec des projets nationaux entraîne un mouvement de balancier bien connu qui aboutit à la réappropriation par les acteurs sur le terrain de ce qui devait être dévolu au niveau national.

Aujourd'hui, les régions prennent des décisions souvent faute de visibilité sur les calendriers nationaux et risquent ainsi de rendre complexes à gérer la réversibilité et/ou la convergence.

Au final, le renforcement des équipes et structures régionales, couplé avec un pilotage stratégique régional fort par l'ARS, pourrait aboutir à une « hyper régionalisation » des SI de santé. Seul un engagement réciproque clarifié tout aussi fort entre les tutelles et opérateurs au niveau national, les ARS et les MOAR au niveau régional, permettrait d'éviter cette dérive par rapport aux objectifs initiaux.

Le niveau national a donc une ardente obligation de réussir dans des délais acceptables. Pour cela, l'appui de l'action par les tutelles et l'alignement entre niveau régional et national sont le facteur crucial de la réussite.

4.3 Les prochaines étapes indispensables

4.3.1 Clarifier le rôle et les missions des acteurs nationaux et régionaux

En « creux » des entretiens avec les MOAR et surtout avec les ARS, l'étude a permis de souligner le besoin de clarifier le rôle des différents acteurs nationaux (DGOS, DSSIS, ASIP Santé) alors qu'en région cette clarification est en train de se faire plus ou moins rapidement grâce à la prise en main des ARS.

Le moment est opportun : la plupart des ARS et des MOAR expriment nettement la nécessité de ce cadrage ainsi que de mieux capitaliser entre régions afin de mutualiser les efforts, de bénéficier de cadres et de systèmes communs afin de limiter les dépenses et les risques d'échec et ce que certaines ARS qualifient de « gabegie ».

Une première étape clé a été franchie par la mise à disposition d'un cadre national fixant les éléments d'une informatique communicante.

Il reste à donner « le mode d'emploi » pour le mettre en œuvre sans mettre en danger les équilibres régionaux souvent délicats.

Après avoir salué l'impact positif de l'action des pouvoirs publics notamment via les programmes Emergence et Télémédecine, la plupart des ARS expriment leur inquiétude quant à la poursuite des orientations nationales, et sont en attente d'un nouvel élan.

Si toutes les ARS ne sont pas d'accord sur le degré de pilotage qu'elles attendent du niveau national, elles soulignent toutes en revanche la nécessité d'un renforcement par les pouvoirs publics, via l'ASIP Santé et la DSSIS, de l'animation de la réflexion, de la capitalisation et de la démarche plus générale autour des SI de santé comme, par exemple, la conception de nouveaux modèles économiques et juridiques.

L'ASIP Santé a porté concrètement la politique des SI de santé et, dès sa création, a commencé par le plus urgent en s'adressant au niveau opérationnel des MOAR car il fallait assurer un relai régional rapidement puisque financements et projets nationaux se concrétisaient. Aujourd'hui, la DSSIS se structure en se recentrant sur sa fonction stratégique et de tutelle, tandis que la DGOS a lancé des actions concrètes et réglementaires (télémédecine en particulier).

Les ARS, pilotes incontestées de la politique régionale de l'e-santé, sont en attente d'un nouvel élan et d'un appui opérationnel.

Les ARS ne peuvent pas être sollicitées par ces trois acteurs à tour de rôle sans une remise au clair du rôle de chacun et sans que leurs propres objectifs vis-à-vis de leur tutelle nationale soient définis.

En prolongement de la présente étude, les acteurs seraient favorables à une réflexion associant les ARS et le niveau national sur les objectifs, les paliers à atteindre ensemble et le rôle de chacun.

4.3.2 Organiser, piloter et enrichir la mutualisation interrégionale

La mutualisation pose le problème du périmètre du « partage » et de la méthode pour réaliser les SI partagés.

Une certaine forme de capitalisation se développe déjà au travers du transfert d'outils d'une région à une autre mais celle-ci reste limitée.

L'enjeu immédiat pour accélérer le développement de l'e-santé en région est sans aucun doute la capacité du niveau national à organiser, piloter et enrichir la mutualisation interrégionale.

C'est à ce prix que la 4ème condition de l'ENRS serait remplie : favoriser le recours à des solutions industrielles standards et mutualisées avec d'autres territoires.

La mutualisation est davantage le fruit d'initiatives de certaines régions qui ont eu à cœur de promouvoir leur solution (Trajectoire pour Rhône-Alpes, ROR pour l'Ile-de-France ou Provence-Alpes-Côte-D'azur) que le résultat d'un plan concerté et encadré par le niveau national.

Aujourd'hui, force est de constater que bon nombre de régions répliquent le même projet (ex : télémédecine, télé-AVC, PACS, etc.) sans bénéficier d'un véritable partage entre elles autre que des échanges au coup par coup. Dans ce contexte, l'industrialisation des solutions est un vœu pieux.

Si la mutualisation inter-régions n'est pas simple à appréhender, il importe lors des projets menés en région de poser la question de la « transposabilité » de ces projets à une plus grande échelle. Outre l'effet bénéfique de la capitalisation, cette approche est de nature à faciliter l'émergence d'un modèle économique notamment pour les industriels, impossible à trouver à l'échelle d'une seule région. Elle évitera également aux MOAR de s'engager sur des solutions dont la pérennité n'est pas toujours acquise.

Pour autant, bon nombre de régions restent attachées au fait d'avoir la main sur le choix de leur solution. C'est une manière pour elles de s'approprier le choix, de mieux s'assurer de l'adéquation à leurs besoins, de gérer les dynamiques d'acteurs et d'être moins tributaires des calendriers nationaux qu'elles ne connaissent pas ou dans lesquels elles n'ont pas confiance.

Presque toutes réclament cependant un cadre national clair, porté fortement par les tutelles, se traduisant par la mise à disposition de référentiels, cahiers des charges, bonnes pratiques, recommandations, calendriers de mise en œuvre,

ainsi qu'un accompagnement et une animation de la capitalisation tout en gardant des marges de manœuvre dans l'ordonnancement des priorités, l'organisation régionale et les moyens pour le déploiement.

Deux modèles sont courants dans l'environnement santé–social et seraient donc facilement transposables aux SI de santé en les combinant si nécessaire selon les domaines à traiter :

- **un modèle où une « tête de réseau » anime des acteurs et organise le partage**
- **un modèle fortement centralisé qui impose de fait des réalisations à l'ensemble du réseau.**

Pourtant, il existe des réunions inter-régionales systématiques, des points projets et un suivi par les chargés de mission de l'ASIP Santé. Pour sa part, la DSSIS anime des points auprès des CMSI et intervient dans les séminaires des DGARS. Par ailleurs, la DGOS anime ses propres comités.

L'ensemble de ces actions d'animation mériteraient cependant d'être mieux coordonnées, en application de directives et de décisions stratégiques claires.

De plus, si les MOAR ont pu ainsi tisser plus facilement des liens interprofessionnels, et les DGARS être sensibles à la montée en puissance des problématiques de SI de santé, ceci ne suffit pas à cerner le périmètre ni le cadre de la mutualisation recommandée ni de définir qui la pilote et comment.

Cette clarification est aujourd'hui indispensable et arriverait au bon moment de l'évolution du contexte régional. Plus tôt, elle n'aurait sans doute pas été entendue par les ARS et MOAR qui avaient déjà besoin de se structurer et de s'installer dans le paysage régional. Il est ainsi juste temps.

Sur les modalités de la mutualisation, deux modèles sont courants dans l'environnement santé–social et seraient donc facilement transposables aux SI de santé : un modèle où une « tête de réseau » anime des acteurs et organise le partage et un modèle fortement centralisé qui « impose » de fait des réalisations à l'ensemble du réseau.

Dans un premier modèle, il pourrait être intéressant et efficient de confier à une région la responsabilité de développer les SI de santé sur une thématique ou un projet (Trajectoire, PACS, ROR, Télémédecine, etc.) pour le compte des autres régions. Cela existe déjà systématiquement pour les SI Supports en ARS. L'ASIP Santé garantirait les bonnes pratiques et la cohérence de l'urbanisation tout en laissant l'équipe régionale mener le projet en concertation avec les autres régions.

Dans **un deuxième modèle plus fortement centralisé sur quelques thématiques clés de voûte du SI**, des projets nationaux (DMP, MSS, SI des urgences, etc.) s'imposeraient aux régions qui ne devraient pas pouvoir mener de projets concurrents sur le même champ.

Ces deux « modèles » sont complémentaires et permettraient d'impliquer les acteurs sur un but commun. Ils favoriseraient l'industrialisation nécessaire des SI de santé, à condition que chacun accepte de respecter les rèqes du jeu.

4.4 Un bilan plutôt positif des évolutions mais un nouvel élan à donner

Globalement, la politique qui s'est mise en place est jugée positive et aucun acteur interrogé n'a formulé de critiques sévères. Tous ont souligné l'accélération des réalisations grâce à la politique qui s'est mise en place depuis 2009.





L'étude a ainsi pu répondre aux trois questions posées au démarrage :

En synthèse

- De quelle capacité de maîtrise d'ouvrage des SI partagés de santé dispose-t-on dans les régions ?

La MOAR c'est aujourd'hui : 255 ETP et environ 48,7M€.

La capacité de maîtrise d'ouvrage des SI partagés de santé est réelle car au-delà des chiffres, elle s'appuie sur une maîtrise d'ouvrage exercée à deux niveaux, stratégique par l'ARS, opérationnel par la MOAR (GCS dans la plupart des cas).

- A-t-on constaté un renforcement de cette capacité et si oui, quels en sont les facteurs explicatifs ?

La capacité des MOAR en 2011 en termes de budget et d'effectif a doublé par rapport à 2009.

L'existence de compétences capables de déployer à grande échelle des projets structurants pour les pratiques de soins n'est pas avérée. Toutefois, le renforcement de cette capacité est passé par une professionnalisation et une diversification des compétences.

Le principal facteur explicatif est le rôle de l'ASIP Santé en termes de communication, de fourniture d'un cadre national et d'un accompagnement via le programme Emergence.

C'est aussi le rôle déterminant des ARS qui se sont emparées du sujet de l'e-santé pour en faire un levier de leur politique de santé.

La contractualisation formalise les engagements réciproques entre ARS et MOAR. Néanmoins, la fragilité pourrait venir de la faiblesse de la fonction CMSI en ARS qui déséquilibre la relation entre ARS et MOAR et limite la capacité d'exercice de la tutelle.

- Quelles sont les conditions de pérennisation de cette capacité ?
  - une plus grande cohérence qui ménage autonomie régionale et cadre national ;
  - une action déterminée pour sécuriser le risque portant sur les ressources (en quantité et en compétences) en particulier grâce à la mutualisation, à un appui et à l'animation du réseau des fonctions CMSI des ARS et du réseau des MOAR ;
  - une visibilité permanente et une continuité dans les projets les plus structurants (DMP, messagerie sécurisée, RASS, ROR, SI des Urgences, notamment) ;
  - des modes d'emplois très concrets sur les trajectoires de convergence ;
  - un affichage de financements stables qui permettent de mener ces projets qui s'inscrivent dans un temps relativement long.

Ce sont les conditions du nouvel élan à la politique insufflée depuis 2009, souhaité par les acteurs interrogés dans le cadre de l'étude.




5 Annexes

5.1 Lexique des abréviations

AG : Assemblée générale
ARH : Agence Régionale de l'Hospitalisation
ARS : Agence Régionale de Santé
ASIP Santé : Agence des Systèmes d'Information Partagés de Santé
AVC : Accident Vasculaire Cérébral
CHU : Centre Hospitalier Universitaire
CMSI : Chargé de Mission Système d'Information
CNAM-TS : Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés
CPOM : Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens
DCC-DMP : Dossier Communicant de Cancérologie - Dossier Médical Personnel
DGOS : Direction Générale de l'Offre de Soins
DMP : Dossier Médical Personnel
DSI : Direction des Systèmes d'Information
DSSIS : Délégation à la Stratégie des Systèmes d'Information de Santé
ENRS : Espace Numérique Régional de Santé
ETP : Equivalent Temps Plein
GCS : Groupement de Coopération Sanitaire
HPST : Hôpital, Patients, Santé, Territoire
MIGAC : Mission Intérêt Général et d'Aide à la Contractualisation
MOAR : Maitrise d'Ouvrage Régionale
MOE : Maîtrise d'Œuvre
PACS : Picture Archiving and Communication System
PRS : Projet Régional de Santé
PRT : Programme Régional de Télémédecine
RASS : Référentiel des Acteurs Santé Sociaux
RIR : Rencontre Inter-Régionale
ROR : Répertoire Opérationnel des Ressources
SI : Système d'Information
SIS : Système d'information de Santé
SROS : Schéma Régional de l'Organisation des Soins
SSII : Société de Services en Ingénierie Informatique
TIC : Technologie de l'Information et de la Communication
UNCAM : Union Nationale des Caisses d'Assurance maladie
URPS : Union Régionale des Professionnels de Santé





5.2 Les indices proposés dans l'étude

Ces indices pourraient servir de base pour la mise en place d'une grille d'auto-évaluation des MOAR. La mise en œuvre de cette auto-évaluation suppose au préalable une concertation avec les MOAR et les ARS afin de trouver les critères les plus pertinents et faciles à obtenir.

Il s'agit d'identifier l'existence ou pas des éléments indiqués (dans le tableaux ci-dessous : en gras numérotés). Ces éléments sont parfois affinés par des sous-critères. Le recueil de l'information a été effectué par le biais des entretiens, par le renseignement des grilles par les MOAR et des questionnaires par les ARS. Le résultat a été confronté à la connaissance de l'ASIP Santé des MOAR.

Indice du niveau de pilotage régional (cf. § 3.6)

Indice du niveau de pilotage régional
1 **Existence d'un CPOM**
2 **Feuille de route formalisée avec l'ARS**
3 **Soutien des partenaires régionaux (ARS, CR, SGAR, CG, Assurance Maladie…)**
4 **Gouvernance claire: Stratégie/ Opérationnelle**
Instance stratégique régionale reconnue de pilotage des SI (généralement hors GCS avec présence ARS/ CR)
Instance opérationnelle identifiée (généralement au sein du GCS)
5 **Alignement stratégique ARS/GCS**

Indice du niveau de stabilité et sécurité des ressources économiques (cf. 3.7.1)

Indice du niveau de stabilité et sécurité des ressources économiques
1 **Partage de projets ou de ressources entre structures MOA**
Mise à disposition d'outils ou de ressources
Utilisation d'outils élaborés par d'autres MOA
2 **Modèle formalisé et financement stable sur 3 ans**
3 **Diversité des financeurs**
4 **Ancrage/reconnaissance/légitimité dans l'écosystème santé**

Indice du niveau de professionnalisation des MOA (Cf. 3.4.3)

Indice du niveau de professionnalisation des MOA
1 **Pratiques de gestion de projet**

Suivi budget
Suivi planning
COPIL projet récurrent et suivi d'actions
2 Outils de communication (évènements, plaquette, rapport d'activité…)
Présence outils de communication
Politique/ stratégie formalisée
Evénements de communication au moins 1 fois par an
Information systématique vers les acteurs de terrain
3 Pilotage de prestataires externes
Pilotage de prestataires externes
Savoir acheter
4 Profil du directeur de GCS
Responsabilité de gestion structure publique ou privée : en poste supérieur à 3 ans
Responsabilité de management dans un cadre innovant hors santé ou en structure vendant ou promouvant de la technologie (SSII, R&D, industrielle…)
Responsabilité dans le management de projets informatiques

5.3 Le questionnaire soumis aux ARS




Question 1 Les systèmes d'information de santé sont-ils prévus comme des projets à part entière dans votre stratégie régionale ?

- ☐ Oui dès 2012
- ☐ Oui dès 2013
- ☐ Oui dès 2014
- ☐ Pas encore

Question 2 Considérez-vous que la maîtrise d'ouvrage des systèmes d'information de santé de votre région soit à ce jour en capacité de remplir ses missions ?

- ☐ Tout à fait
- ☐ Plutôt
- ☐ Plutôt pas
- ☐ Pas encore de MOA constituée

Question 3 L'articulation entre l'Agence Régionale de Santé et la maîtrise d'ouvrage régionale des systèmes d'information de santé vous parait-elle aujourd'hui satisfaisante ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

Question 4 Un contrat a-t-il été signé entre l'ARS et la maîtrise d'ouvrage régionale (CPOM, COM,…) ?

- ☐ Oui
- ☐ Non
- ☐ En cours

Question 5 L'Agence Régionale de Santé a-t-elle la possibilité d'orienter facilement le portefeuille de projets (priorisation, introduction de nouveaux projets,…) ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

Question 6 Sur une échelle de 0 à 5, comment qualifieriez-vous les relations entre l'Agence Régionale de Santé et la maîtrise d'ouvrage régionale aujourd'hui ?
(5 étant une bonne note et 0 une mauvaise note) ………………/___/

Question 7 Selon vous, le portefeuille de projets actuel de la maîtrise d'ouvrage régionale est-il cohérent avec la politique de systèmes d'information de l'ARS ?

- ☐ Très cohérent
- ☐ Assez cohérent
- ☐ Peu cohérent
- ☐ Pas encore de portefeuille de projets

Question 8 Pour mener à bien ses missions, quels sont aujourd'hui parmi les suivants, les principaux leviers de réussite de la maîtrise d'ouvrage de votre région ?
(Classer de 1 à 5, du plus important au moins important)

- Le facteur humain ☐
  (compétences, profils, expérience,…)




- Le portefeuille de projets
  (volume, diversité, réponse aux besoins de la région, caractère innovant,…)

- L'organisation et la méthodologie de travail
  (clarification des rôles et des responsabilités, mode projet, reporting …)

- La gouvernance
  (représentativité des adhérents, articulation entre niveau stratégique et niveau opérationnel, rôle de l'ARS,…)

- La communication et la conduite du changement
  (notoriété, crédibilité, capacité à communiquer sur les savoir-faire et le rôle de la MOA, capacité à accompagner les acteurs, clarté des missions,…)

- Autre
  (noter en clair)

Question 9 Finalement sur une échelle de 0 à 5, comment évalueriez-vous le degré de confiance entre l'ARS et la maîtrise d'ouvrage régionale ?
(5 étant une bonne note et 0 une mauvaise note) ……../ /

5.4 La grille de recueil de données soumise aux MOAR

La grille ayant servi pour le recueil de données auprès des MOAR est disponible dans un fichier à part.

5.5 Récapitulatif du nombre de structures concernées

	Nb d'entités prises en compte	Régions non intégrées
Entretiens	26 régions	Aucune
Grille Excel consolidée	21 MOAR	Corse, Guadeloupe, Guyane, Languedoc-Roussillon et Nord-Pas-de-Calais
Questionnaires ARS	23 ARS	Guadeloupe, Guyane, Languedoc Roussillon
Monographies	24 MOAR	Guadeloupe et Guyane




5.6 Liste des personnes interviewées

Région	Nom de l'interlocuteur	Structure	Rôle
ASIP Santé	Assia Meddah	ASIP Santé	PTER
ASIP Santé	Christophe Couvreur	ASIP Santé	PTER
ASIP Santé	Vladimir Vilter	ASIP Santé	PTER
ASIP Santé	Anne Monnier	ASIP Santé	PTER
ASIP Santé	Catherine Commaille	ASIP Santé	PTER
ASIP Santé	Ariane Piana-Rogez	ASIP Santé	PTER
ASIP Santé	Claire Lenain	ASIP Santé	PTER
ASIP Santé	Mikaël Azoulay	ASIP Santé	PTER
Alsace	Gaston Steiner	GCS Alsace e santé	Directeur GCS
Alsace	Bruno Boutteau	ARS Alsace	CMSI
Alsace	Jean François Lanot	CHRU Strasbourg	Adhérent GCS
Alsace	Anne de Blauwe	URPS	Adhérent GCS
Alsace	Philippe Rodriguez	CH de Sélestat	Adhérent GCS
Aquitaine	Noëlle Saint-Upéry	GCS Télésanté Aquitaine	Directeur GCS
Aquitaine	Hervé Delengaigne	GCS Télésanté Aquitaine	Administrateur GCS
Aquitaine	Michèle Dupuy	ARS Aquitaine	Direction ARS
Aquitaine	Marie-Pierre Baudon	ARS Aquitaine	CMSI
Aquitaine	Philippe Viard	CH Mont de Marsan	Adhérent GCS
Auvergne	Bernard Jampy	GCS SIMPA	Directeur GCS
Auvergne	Régis Thual	GCS SIMPA	Administrateur GCS
Auvergne	Yvan Gillet / Michèle Tardieu	ARS Auvergne	Direction ARS
Auvergne	Stéphane Renard	ARS Auvergne	CMSI
Auvergne	Jean-Jacques Veillard	GCS SIMPA	Directeur médical GCS
Basse Normandie	Olivier Angot	GCS Télésanté Basse Normandie	Directeur GCS
Basse Normandie	Sébastien Gicquel	GCS Télésanté Basse Normandie	Ex Directeur GCS
Basse Normandie	Thierry Lugbull	GCS Télésanté Basse Normandie	Administrateur GCS
Basse Normandie	Valérie Dequesnes / Vincent Kaufmann	ARS Basse Normandie	Direction ARS
Basse Normandie	Gilles Chamberland	ARS Basse Normandie	CMSI
Bourgogne	Cyrille Politi	GCS e santé Bourgogne	Administrateur GCS
Bourgogne	Didier Jaffre	ARS Bourgogne	Direction ARS
Bourgogne	Bertrand Le Rhun	ARS Bourgogne	CMSI
Bretagne	Olivier Vantorre	GCS e santé Bretagne	Directeur GCS
Bretagne	Guillaume Laurent	GCS e santé Bretagne	Administrateur GCS
Bretagne	Anne-Briac Bili / Dominique Penhouet	ARS Bretagne	CMSI
Bretagne	Eric Henry	GCS e santé Bretagne URPS	Administrateur GCS
Centre	Christian Blanchetière	GCS Télésanté Centre	Directeur GCS
Centre	Patrick Expert	GCS Télésanté Centre	Administrateur GCS
Centre	Pierre-Marie Détour	ARS Centre	Direction ARS
Centre	Dominique Pierre	ARS Centre	CMSI




Centre	Raoul Pignard	CH Bourges	Adhérent GCS
Champagne Ardenne	Samuel Littière	GCS SISCA	Directeur GCS
Champagne Ardenne	Patrice Vieux	GCS SISCA	Administrateur GCS
Champagne Ardenne	Jacques Princet	ARS Champagne Ardenne	CMSI
Champagne Ardenne	Mario Santangello	GHSA	Adhérent GCS
Champagne Ardenne	Michaël De Block	CH Troyes	Adhérent GCS
Corse	Jean-Louis Ferry	ARS Corse	CMSI
Corse	Philippe AYFRE	GCS SIRSCO	Directeur du GCS
Corse	Serge LINALE	CH de BASTIA	Chef de projet GCS
Franche Comté	Ludovic Chouet	GCS EMOSIST-fc	Directeur GCS
Franche Comté	Sylvie Mansion / François Baudier	ARS Franche Comté	Direction ARS
Franche Comté	Dr Jean-François Roch	ARESPA GCS EMOSIST-fc	Adhérent GCS
Guadeloupe	Valérie Mességué / Jean-François Desrumaux	ARS	CMSI
Guyane	Zéty Billard	ARS	CMSI
Haute Normandie	Dorothée Frénel	GCS Télésanté Haute Normandie	Directeur GCS
Haute Normandie	Dominique Poels	GCS Télésanté Haute Normandie	Administrateur GCS
Haute Normandie	Anne de Cadeville	ARS Haute Normandie	CMSI
Haute Normandie	Gilles Chamberland	ARS Haute Normandie	ex CMSI
Ile de France	Pierre Boiron	GCS D-SISIF	Directeur GCS
Ile de France	Jean Pinson	GCS D-SISIF	Administrateur GCS
Ile de France	Patrick Olivier	ARS IdF	Direction ARS
Ile de France	Laurent Tréluyer	ARS IdF	CMSI
Ile de France	Frédéric Prudhomme	URPS	Adhérent GCS
Languedoc Roussillon	Philippe Domy	GCS e-santé LR	Administrateur GCS
Languedoc Roussillon	Martine Aoustin	ARS Languedoc Roussillon	Direction ARS
Languedoc Roussillon	Sylvie Cabanes / Denis Garcia	ARS Languedoc Roussillon	CMSI
Languedoc Roussillon	Emilie Barde	CHU Nîmes	Adhérent GCS
Limousin	Gérard Tura	GCS EPSILIM	Administrateur GCS
Limousin	Stéphanie Léonard	GCS EPSILIM	ex chef de projet GCS
Limousin	Aurélie Lacroix	ARS Limousin	CMSI
Lorraine	Christian Badinier	GCS Lorraine	Directeur GCS
Lorraine	Jean-Louis Fuchs	ARS Lorraine	CMSI
Martinique	Yvon Marie-Sainte	GCS SISM	Directeur GCS
Martinique	Marie-Claude Capitaine	ARS	CMSI
Midi Pyrénées	Monique Savoldelli	GCS Midi-Pyrénées	Directeur GCS
Midi Pyrénées	Louis Lareng	GCS Midi-Pyrénées	Administrateur GCS
Midi Pyrénées	Philippe Bédère	GCS Midi-Pyrénées	ex directeur de projet GCS
Midi Pyrénées	Christine Ungerer	ARS Midi-Pyrénées	Direction ARS
Midi Pyrénées	Jean-Louis Bensoussan	URPS	Adhérent GCS
Midi Pyrénées	Eric Bauvin	ONCOMIP	Adhérent GCS
Nord Pas de Calais	Yves Beauchamp	ARS Nord Pas de Calais	CMSI
Nord Pas de Calais	Alexis Grzes	CHRU Lille	Adhérent GCS
Nord Pas de Calais	Dr Bertrand Demory / Dr Marc Constant	URPS	Adhérent GCS




Océan Indien	Antoine Lerat	GCS TESIS	Directeur GCS
Océan Indien	Laurent Bien	GCS TESIS	Administrateur GCS
Océan Indien	Denis Lerat	ARS Océan Indien	Direction ARS
Océan Indien	Nicolas Laurent	ARS Océan Indien	CMSI
Océan Indien	Frédéric Chomont	Clinifutur	Adhérent GCS
PACA	Laurent Simon	GCS e santé PACA ARS PACA	Directeur GCS CMSI
PACA	Richard Dalmasso	GCS e santé PACA	Administrateur GCS
PACA	Martine Riffard-Voilque / Norbert Nabet	ARS PACA	Direction ARS
PACA	Véronique Delorieux	Réseau Marseille Diabète	Adhérent GCS
Pays de la Loire	Christine Sallé	GCS e santé Pays de Loire	Directeur GCS
Pays de la Loire	Henri Letouche	GCS e santé Pays de Loire	Chef de projet GCS
Pays de la Loire	Eric Manœuvrier	GCS e santé Pays de Loire	Administrateur GCS
Pays de la Loire	François Grimonprez	ARS Pays de Loire	Direction ARS
Pays de la Loire	Chantal Boudet/François Tesson	ARS Pays de Loire	CMSI
Picardie	Christian Huart	GCS e santé Picardie ARS Picardie	Directeur GCS Direction ARS
Picardie	Brigitte Duval	GCS e santé Picardie	Administrateur GCS
Picardie	Christine Boutet / Stéphane Routier	GCS e santé Picardie	Directrice médicale GCS / Directeur de projets GCS
Poitou Charente	Dominique Desmay	GCS Poitou Charente	Directeur GCS
Poitou Charente	Bruno Fauconnier / Régnier (administrateur adjoint)	GCS Poitou Charente	Administrateur GCS
Poitou Charente	Laurent Flament / Magali Steuer (conseiller)	ARS Poitou Charente	Direction ARS
Poitou Charente	Dominique Cabantous	ARS Poitou Charente	CMSI
Rhône Alpes	Thierry Durand	GCS e santé Rhône Alpes	Administrateur GCS
Rhône Alpes	Pierre Leroux	ARS Rhône Alpes	CMSI